

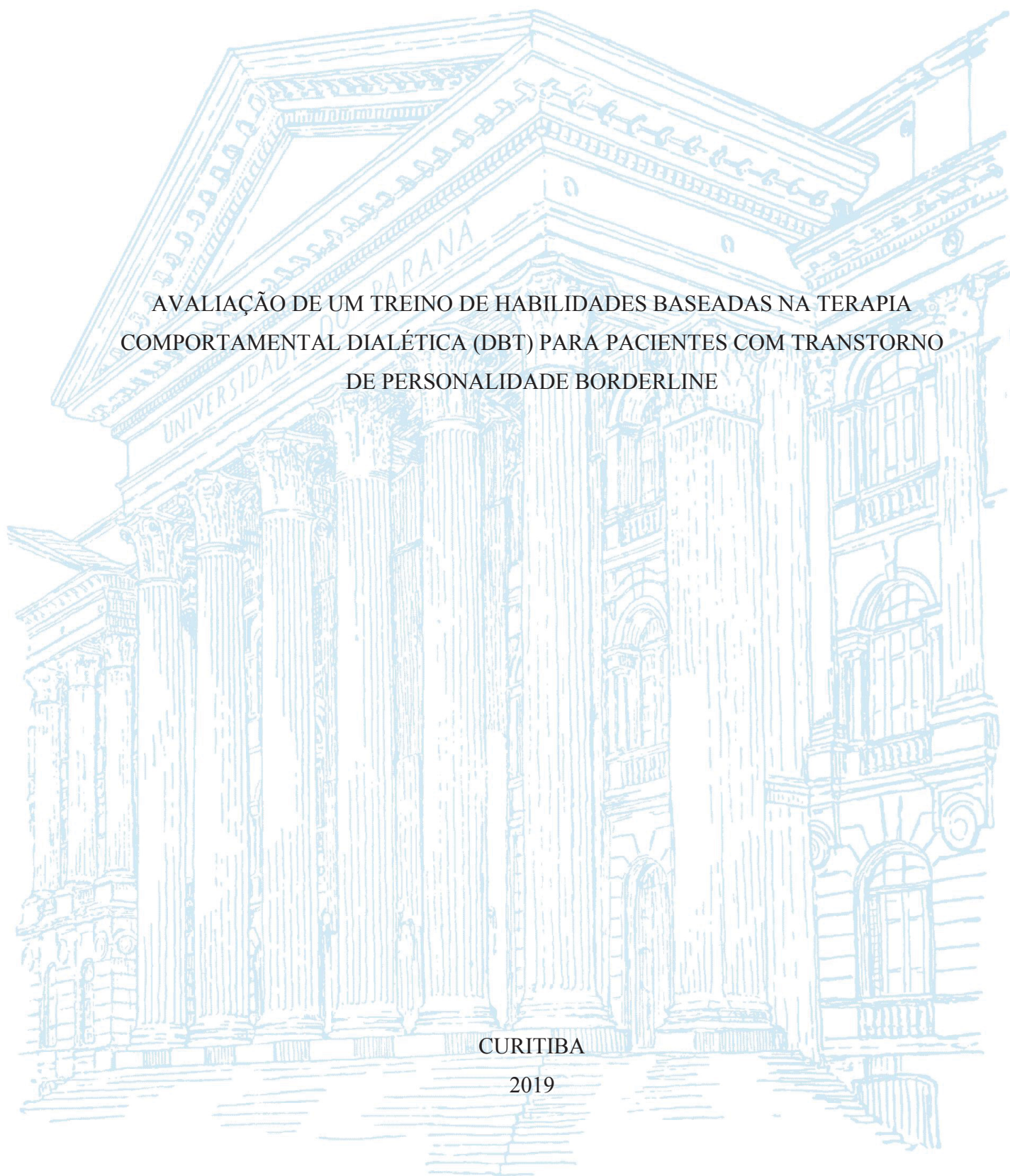
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARJORIE RODRIGUES WANDERLEY

AVALIAÇÃO DE UM TREINO DE HABILIDADES BASEADAS NA TERAPIA
COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (DBT) PARA PACIENTES COM TRANSTORNO
DE PERSONALIDADE BORDERLINE

CURITIBA

2019



MARJORIE RODRIGUES WANDERLEY

AVALIAÇÃO DE UM TREINO DE HABILIDADES BASEADAS NA TERAPIA
COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (DBT) PARA PACIENTES COM TRANSTORNO
DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Wanderley, Marjorie Rodrigues

Avaliação de um treino de habilidades baseadas na terapia comportamental dialética (DBT) para pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. / Marjorie Rodrigues Wanderley. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Prof^a. Dr^a. Jocelaine Martins da Silveira

1. Psicanálise. 2. Distúrbios da personalidade borderline - Tratamento. 3. Terapia do comportamento. 4. Habilidades psíquicas. I. Silveira, Jocelaine Martins da. II. Título.

CDD – 616.85



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0


TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **MARJORIE RODRIGUES WANDERLEY**, intitulada: **AVALIAÇÃO DE UM TREINO DE HABILIDADES BASEADAS NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (DBT) PARA PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**, sob orientação da Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 18 de Novembro de 2019.


JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA
Presidente da Banca Examinadora


JAN LUIZ LEONARDI
Avaliador Externo (PARADIGMA CENTRO DE CIÊNCIAS E
TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO)


SABRINA STEFANELLO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

ATA Nº 203

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM PSICOLOGIA.

No dia dezoito de novembro de dois mil e dezanove às 08:00 horas, na sala 208, Praça Santos Andrade, 50 do Setor de CIÊNCIAS HUMANAS da Universidade Federal do Paraná, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa da dissertação da mestranda **MARJORIE RODRIGUES WANDERLEY**, intitulada : **AVALIAÇÃO DE UM TREINO DE HABILIDADES BASEADAS NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (DBT) PARA PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**, sob orientação da Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná em PSICOLOGIA foi constituída pelos seguintes Membros: JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), SABRINA STEFANELLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), JAN LUIZ LEONARDI (PARADIGMA CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga do título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Observações: _____

Curitiba, 18 de Novembro de 2019.



JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA
Presidente da Banca Examinadora



SABRINA STEFANELLO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



JAN LUIZ LEONARDI
Avaliador Externo (PARADIGMA CENTRO DE CIÊNCIAS E
TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO)

*Dedico este trabalho aos que sofrem
e aos que, ainda que também sofram,
escolhem diariamente acolher a dor do outro*

AGRADECIMENTOS

Se tem uma coisa que eu gosto nessa vida, é de agradecer. Escrever essa parte é, de longe, o melhor momento do Mestrado inteiro. Chegou a hora de reconhecer que, se termino esse capítulo da minha vida de forma tão leve, com nada mais do que gratidão, é porque muitas pessoas fizeram com que fosse assim. A vida, como um grande carrossel que é, torna-se uma viagem incrível com cada um de vocês do meu lado.

Vamos começar a parte boa. À Deus, à vida, ao Universo e tudo mais, por me colocar exatamente onde estou e fazer de mim exatamente quem sou. Se cheguei até aqui foi por uma série de contingências, encontros e desencontros, e não questiono nem por um segundo o que a vida fez de mim.

Aos meus pais, Adriana e Marcelo. Nada disso teria sido possível se vocês não tivessem acreditado que seria. Vocês sempre estabeleceram muitos limites para mim, mas nunca colocaram o limite de até onde eu poderia chegar, e por isso é que estou aqui. Vocês são os melhores pais que eu poderia pedir, e considero uma baita sorte ter caído logo no berço de vocês. Reconheço meu privilégio por ter uma família que sempre me acolheu, incentivou, respeitou e que não deixa nenhuma realização ser pequena o suficiente para não merecer uma pizza de comemoração.

Ao meu marido, Fernando, que provavelmente tem uma importância muito maior em toda essa história do que eu sou capaz de mensurar. Nesses quinze anos você fez tanto, tanto, tanto, e nem sabe que só por existir e estar do meu lado no final de cada dia já é o suficiente para que eu continue te amando por todo esse tempo. Na verdade, ignora essa parte, pode continuar fazendo tanto e tanto.

Aos meus amigos da vida inteira, aos meus amigos da graduação e às minhas colegas de Mestrado. Eu amo muito todos vocês e agradeço por cada momento de carinho, preocupação, diversão e parceria. Queria guardar cada um de vocês em um potinho para que eu pudesse agradar ou chacoalhar sempre que quisesse. Como não é possível, sigo tentando demonstrar da melhor forma que posso como cada um de vocês importa para mim, e este agradecimento é mais uma dessas formas – muito, muito obrigada por ser quem vocês são.

Aos professores, todos os professores do mundo. À cada pessoa que escolheu ensinar. Em especial, às pessoas que me ensinaram ao longo da vida inteira. É por admiração a cada um de vocês que escolhi esse caminho, para que eu possa também retribuir tudo o que tive a oportunidade de aprender.

Não, todos os professores do mundo é muita coisa. Vou colocar todo o meu agradecimento, com todo o carinho e força que existe em mim, na melhor professora que eu já conheci, e que representa tudo o que um mestre pode significar. À minha orientadora, Jocelaine Martins da Silveira, meu exemplo de consciência, coragem, amor e behaviorismo. Quanto amor! Você é pura luz, e não tem outra forma de descrever o que você transmite para as pessoas. Você ilumina meu caminho acadêmico já há alguns anos, e sempre vai ser minha inspiração de professora e psicóloga. Muito obrigada por compartilhar tanta riqueza comigo.

À minha terapeuta, Lucieli, e à minha professora de Yoga, Elessandra. Reconhecer minha vulnerabilidade talvez tenha sido a maior lição que aprendi no último ano, e eu não poderia deixar de agradecer vocês duas por terem acolhido toda minha fragilidade e me ajudado a reconhecer toda a minha força.

À equipe do Laboratório de Estatística Aplicada, em especial ao professor Paulo Guimarães. Muito obrigada por, com tanta dedicação e boa vontade, ter feito meus dados conversarem entre si e dado vida ao que antes eram só números.

Aos membros da banca, Jan Luiz Leonardi e Sabrina Stefanello. O processo de escolha dos membros da banca passou por uma longa reflexão sobre a profissional que quero ser quando crescer. Depois passou por um medo – será que quero apostar alto assim? Decidi que sim, eu queria os melhores do meu lado em um momento tão importante. Se cheguei até vocês dois, é porque admiro profundamente o que cada um construiu ao longo dos anos nos campos profissional e acadêmico. Muito obrigada por toda a contribuição, exemplo e inspiração.

À Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), aos meus coordenadores e colegas de trabalho por terem permitido flexibilidade de horários e por terem estado do meu lado durante momentos de desgaste, me dando forças para seguir. A Saúde Mental é feita de pessoas, mais do que de estruturas ou materiais. Frequentemente ao longo dos anos vi pessoas fornecendo mais acolhimento, amor e empatia do que é humanamente possível, e tenho muito orgulho de ser uma profissional que luta por uma assistência em Saúde Mental universal e humanizada ao lado de vocês. Seguimos!

Por fim, aos participantes da pesquisa e por todos os usuários que passaram por mim. Tem muito sofrimento nesse mundo, mas também tem muito amor, e a força que vejo em cada um de vocês é o que me motiva a ter como missão de vida fazer um pouquinho para amenizar todo esse sofrimento e ajudar a construir uma vida que valha a pena ser vivida.

*“A espantosa realidade das coisas
É a minha descoberta de todos os dias.
Cada coisa é o que é,
E é difícil explicar a alguém quanto isso me
alegra,
E quanto isso me basta.
(...)
Outras vezes oiço passar o vento,
E acho que só para ouvir passar o vento vale a
pena ter nascido.”*

*“Poemas Inconjuntos”. Em Poemas de Alberto
Caeiro. **Fernando Pessoa**, 1946*

RESUMO

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) é um programa de tratamento desenvolvido para tratar pessoas que preenchem critérios para Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), e tem como binômio de trabalho os procedimentos de aceitação e de mudança. Um pressuposto central é o de que indivíduos que preenchem critérios para TPB têm déficits de habilidades significativos que contribuem para sua desregulação emocional e comportamental. Sendo assim, o treinamento de habilidades é parte integrante do tratamento na DBT, no qual são treinadas as áreas Mindfulness, efetividade interpessoal, tolerância ao mal-estar e regulação emocional. O objetivo desta pesquisa foi o de avaliar o conhecimento adquirido em um treino de habilidades baseado na DBT por pessoas com sintomas do TPB atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial de Curitiba/PR. Participaram da pesquisa dezessete indivíduos, que preencheram a uma série de escalas inicialmente. Nove destes participantes passaram por oito semanas de atendimentos em grupo semanais com foco em desenvolvimento de habilidades baseadas na DBT, e os outros oito participantes passaram pelo tratamento usual. Foi aplicado um questionário sobre o aprendizado das habilidades treinadas em cinco momentos: antes do início da intervenção; Na sessão 03; Na sessão 05; Na sessão 07; Ao término da intervenção. Ao final, todos os participantes preencheram novamente as escalas iniciais. Os dados foram analisados a partir de um delineamento de sujeito único com inspeção visual de gráficos e análise estatística inferencial dos resultados dos instrumentos. Os resultados indicam que, quanto ao processo de aprendizagem de novas habilidades, houve evolução estatisticamente significativa apenas no grupo experimental para todos os módulos do instrumento, o que significa que os participantes que passaram pelo Treino de Habilidades adquiriram conhecimento sobre as habilidades conforme estas lhes foram apresentadas. Além disso, os participantes mantiveram os índices de conhecimentos adquiridos através de cada um dos módulos, inclusive após a aplicação do último módulo. Adicionalmente, comparado com o grupo que não passou por intervenção, apresentaram melhoras nos índices de Ansiedade como estado, sintomas depressivos, sintomas relacionados com o Transtorno de Personalidade Borderline e desregulação emocional. Considera-se que o presente estudo demonstrou a importância do componente de aquisição no treino de habilidades da DBT, e apresentou uma possibilidade de aplicação no contexto do CAPS, visto que não exigiu que houvesse um diagnóstico dos participantes, foi uma intervenção de baixo custo e com foco em habilidades que podem ser aplicadas no dia a dia, o que condiz com a lógica de Reabilitação Psicossocial. São realizadas indicações para estudos futuros, como a avaliação de possibilidades de fortalecimento e generalização das habilidades em um curto período, bem como para populações diversas, e não necessariamente com sintomas do TPB. **Palavras-chave:** Terapia Comportamental Dialética (DBT). Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Treino de Habilidades. Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

Dialectical Behavior Therapy (DBT) is a treatment program designed to treat people who meet criteria for Borderline Personality Disorder (BPD), and has as a treatment binomial acceptance and change procedures. A central assumption is that individuals who meet criteria for BPD have significant skill deficits that contribute to their emotional and behavioral dysregulation. Thus, skills training is an integral part of DBT treatment, in which the areas Mindfulness, interpersonal effectiveness, distress tolerance and emotional regulation are trained. The objective of this research was to evaluate the knowledge acquired in a DBT-based skill training by people with symptoms of BPD assisted at a Psychosocial Care Center of Curitiba/PR. Seventeen individuals participated in the survey, who completed a series of scales initially. Nine of these participants underwent eight weeks of weekly group visits focusing on DBT-based skills development, and the other eight participants underwent the usual treatment. A questionnaire about the learning of the trained skills was applied in five moments: before the beginning of the intervention; In session 03; In session 05; In session 07; At the end of the intervention. At the end, all participants completed the initial scales again. Data were analyzed from a single subject design with visual inspection of graphs and inferential statistical analysis of instrument results. The results indicate that, regarding the process of learning new skills, there was a statistically significant evolution only in the experimental group for all modules of the instrument, which means that participants who passed the Skills Training acquired knowledge about the skills as they were presented. In addition, the participants maintained the knowledge indexes acquired through each module, even after the last module was applied. Additionally, compared with the non-intervention group, they showed improvements in Anxiety as state indexes, depressive symptoms, Borderline Personality Disorder related symptoms and emotional dysregulation. It is considered that the present study demonstrated the importance of the acquisition component in the training of DBT skills, and presented a possibility of application in the context of a Psychosocial Care Center, since it did not require participants to be diagnosed, it was a low cost intervention, focusing on skills that can be applied on a daily basis, which is consistent with the logic of Psychosocial Rehabilitation. Indications are made for future studies, such as the assessment of possibilities for strengthening and generalizing skills in a short period, as well as for diverse populations, and not necessarily with symptoms of BPD. **Keywords:** Dialectical Behavioral Therapy (DBT). Borderline Personality Disorder (BPD). Skill training. Sistema Único de Saúde (SUS)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Procedimentos ao longo das 12 semanas e número de participantes em cada grupo.....	60
Figura 2 - Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 1 ao longo das aplicações – Acertos do grupo experimental.....	69
Figura 3 - Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 1 ao longo das aplicações – acertos do grupo controle.....	69
Figura 4 - Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 2 ao longo das aplicações – acertos do grupo experimental.....	70
Figura 5 - Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 2 ao longo das aplicações – acertos do grupo controle.....	70
Figura 6 - Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 3 ao longo das aplicações – acertos do grupo experimental.....	71
Figura 7 - Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 3 ao longo das aplicações – acertos do grupo controle.....	72
Figura 8 - Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 4 ao longo das aplicações – acertos do grupo experimental.....	72
Figura 9 - Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 4 ao longo das aplicações – acertos do grupo controle.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos procedimentos em cada fase do estudo.....	60
Tabela 2 - Razões da exclusão de participantes a partir da triagem inicial de prontuários.....	62
Tabela 3 - Sexo dos participantes da pesquisa	67
Tabela 4 - Diagnóstico dos participantes da pesquisa (CID 10).....	67
Tabela 5 - Idade dos participantes da pesquisa.....	68
Tabela 6 - Estado civil dos participantes da pesquisa.....	68
Tabela 7 - Escolaridade dos participantes da pesquisa.....	68
Tabela 8 - Medidas descritivas escores dos instrumentos aplicados – antes da intervenção.....	74
Tabela 9 - Medidas descritivas escores dos instrumentos aplicados – depois da intervenção.....	74
Tabela 10 - Comparação entre momentos antes e depois da intervenção - Habilidades Sociais	74
Tabela 11 - Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Ansiedade como traço.....	75
Tabela 12 - Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Ansiedade como Estado.....	75
Tabela 13 - Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Depressão....	75
Tabela 14 - Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Desregulação emocional.....	76
Tabela 15 - Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Risco de suicídio.....	76
Tabela 16 - Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Sintomas característicos do TPB.....	77
Tabela 17 - Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Sintomas suplementares do TPB.....	77

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Modo como 72 estudos empregaram o componente de treino de habilidades.....	96
Apêndice B - Descrição detalhada dos instrumentos utilizados nas pesquisas revisadas.....	104
Apêndice C - Classificação por categorias de acordo com o que cada pesquisa se propôs a investigar.....	110
Apêndice D - Rotina do local de aplicação da pesquisa.....	111
Apêndice E - Medida de avaliação e verificação do diagnóstico.....	113
Apêndice F - Entrevista de conhecimento de habilidades.....	114
Apêndice G - Roteiro de entrevista semiestruturado.....	116
Apêndice H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	117
Apêndice I - Questionário de Aquisição de Habilidades.....	120
Apêndice J - Questionário de satisfação com o tratamento.....	135
Apêndice K – Descrição da intervenção.....	136
Apêndice L - Índices detalhados da análise do instrumento de aprendizagem.....	139

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Inventário de Habilidades Sociais (IHS).....	142
Anexo B - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).....	146
Anexo C - Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D).....	148
Anexo D - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS).....	151
Anexo E - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - Subparte C Risco de Suicídio.....	153
Anexo F - Borderline Symptoms List (BSL-23).....	154
Anexo G - Borderline Symptoms List Supplement (BSL-S).....	156

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

Abrasme	Associação Brasileira de Saúde Mental
BDI	Beck Depression Inventory
BSL-23	Borderline Symptoms List
BSL-S	Borderline Symptoms List Supplement
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DBT	Terapia Comportamental Dialética
DERS	Escala de Dificuldades de Regulação Emocional
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton
HARS	Hamilton Anxiety Rating Scale
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IHS	Inventário de Habilidades Sociais
IIP-25	Inventory of Interpersonal Problems for personality disorders
IPDEQ	International Personality Disorder Examination Questionnaire
KSADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children
LEA	Laboratório de Estatística Aplicada
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCBD	Transtorno do luto complexo persistente
PPT	Psicoterapia Positiva
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SASII	Suicide Attempt and Self-Injury Interview
SCID	Structured Clinical Interview for DSM–IV
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT	Transtorno do Stress Pós-traumático
THI	Treatment History Interview
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
O treino de habilidades da DBT.....	25
Treino de habilidades como componente de um tratamento DBT.....	26
<i>Participantes com Transtorno de Personalidade Borderline.....</i>	<i>26</i>
<i>Participantes com sintomas semelhantes ao TPB.....</i>	<i>33</i>
<i>Participantes crianças e adolescentes.....</i>	<i>34</i>
<i>Participantes com Transtornos Alimentares.....</i>	<i>35</i>
<i>Participantes com abuso ou dependência de substâncias.....</i>	<i>36</i>
<i>Participantes com outras demandas.....</i>	<i>37</i>
Treino de habilidades de forma isolada.....	39
<i>Participantes com Transtorno de Personalidade Borderline.....</i>	<i>39</i>
<i>Participantes com sintomas semelhantes ao TPB.....</i>	<i>42</i>
<i>Participantes com Transtornos Alimentares.....</i>	<i>44</i>
<i>Participantes com abuso ou dependência de substâncias.....</i>	<i>44</i>
<i>Participantes com outras demandas.....</i>	<i>44</i>
Treino de Habilidades.....	48
Instrumentos.....	48
Síntese.....	50
OBJETIVOS.....	52
MÉTODO.....	52
Participantes.....	52
Local.....	53
Aspectos Éticos.....	53
Instrumentos.....	53
Delineamento do Estudo.....	57
Procedimento.....	57
Análise dos dados.....	64
RESULTADOS.....	66
DISCUSSÃO.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES.....	96

Apêndice A - Modo como 72 estudos empregaram o componente de treino de habilidades.....	96
Apêndice B - Descrição detalhada dos instrumentos utilizados nas pesquisas revisadas.....	104
Apêndice C - Classificação por categorias de acordo com o que cada pesquisa se propôs a investigar.....	110
Apêndice D - Rotina do local de aplicação da pesquisa.....	111
Apêndice E - Medida de avaliação e verificação do diagnóstico.....	113
Apêndice F - Entrevista de conhecimento de habilidades.....	114
Apêndice G - Roteiro de entrevista semiestruturado.....	116
Apêndice H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)...	117
Apêndice I - Questionário de Aquisição de Habilidades.....	120
Apêndice J - Questionário de satisfação com o tratamento.....	135
Apêndice K – Descrição da intervenção.....	136
Apêndice L - Índices detalhados da análise do instrumento de aprendizagem.....	139
ANEXOS.....	142
Anexo A - Inventário de Habilidades Sociais (IHS).....	142
Anexo B - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).....	146
Anexo C - Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D).....	148
Anexo D - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)...	151
Anexo E - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - Subparte C Risco de Suicídio.....	153
Anexo F - Borderline Symptoms List (BSL-23).....	155
Anexo G - Borderline Symptoms List Supplement (BSL-S).....	156

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria iniciou na Itália com Franco Basaglia, que criticou o modelo manicomial e o cuidado que era prestado às pessoas com doença mental (Basaglia, 1979). As reivindicações expostas por Basaglia influenciaram fortemente diversos países. No Brasil, a partir da década de setenta, com a Reforma Psiquiátrica, houve uma grande transformação da assistência psiquiátrica com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos extra-hospitalares. Este novo modelo de atenção se contrapunha ao antigo, que era voltado à exclusão social e desprovido de assistência qualificada e humanizada (Amarante, 2000). Os primeiros movimentos relacionados com a assistência psiquiátrica brasileira surgiram quando profissionais recém-formados se mobilizaram frente a um cenário de descaso e violência. Por meio de denúncias, manifestações e reivindicações, em um cenário de redemocratização, construíram-se novas políticas públicas em diversos âmbitos, incluindo a saúde mental (Amarante & Nunes, 2018).

Alguns momentos destacam a importância da movimentação social na reforma psiquiátrica. O primeiro deles é o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), na década de 70, que teve o objetivo de reformular a assistência psiquiátrica e em aproximação com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) passaram a organizar Comissões de Saúde Mental e geraram documentos direcionados à criação de novas propostas para a saúde, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS) (Amarante & Nunes, 2018). O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu então da reivindicação popular por um modelo de assistência baseado na garantia de direitos e integração entre diversas dimensões da saúde (Amarante, 2000).

No início dos anos 80 surgiram propostas de reformulação da assistência médica no âmbito da saúde mental, e a forma de participação social na elaboração de políticas públicas foi revolucionada a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Paiva & Teixeira, 2014). A partir desta conferência foram criadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental, após muitas

dificuldades encontradas por conta da resistência do setor de saúde mental do Ministério da Saúde (MS), que era desfavorável às ideias reformadoras e à participação social na construção das políticas públicas. A partir destas conferências, passaram-se a propor uma sociedade sem manicômios, e o que antes eram resultado de um coletivo de profissionais tornou-se um movimento social composto por profissionais, ativistas, e pelas próprias pessoas atendidas e seus familiares, criando-se então o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (Amarante & Nunes, 2018).

A partir de encontros do MLA e da criação de núcleos nas capitais das grandes cidades do país, foi criado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, o dia 18 de Maio, expondo para a sociedade a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Marco importante neste movimento foi a criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), que passou a organizar congressos nacionais e os fóruns de direitos humanos e saúde mental. O MLA continua encontrando sua função de resistência, frente aos sinais de desmonte do SUS e participação de figuras conservadoras no Ministério da Saúde. A partir de 2015 tiveram início mudanças que redefiniram as políticas públicas - o SUS e a Reforma Psiquiátrica passaram por mudanças radicais e importantes retrocessos, voltados ao resgate do modelo manicomial (Amarante & Nunes, 2018).

Neste cenário de participação social na construção de políticas, no final dos anos 80 passaram-se a criar serviços substitutivos para atenção à saúde mental, visando transformar o local de cuidado das pessoas com transtorno mental do isolamento manicomial para a atenção territorializada, buscando aproximar-se do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu plano de ação (2013 a 2020), que é direcionado à comunidade, respeito aos direitos humanos e empoderamento da pessoas com problemas mentais (WHO, 2013). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria nº 3088 de 2011, como uma das redes indispensáveis do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Entre seus objetivos

estavam: 1) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; 2) promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e 3) garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, propõe-se que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam responsáveis pela organização da rede de Saúde Mental, posicionando-se como uma referência para os demais serviços nas questões que envolvem sofrimento mental (Brasil, 2004). O Centro de Atenção Psicossocial é o ponto de atenção da Rede especializado na atenção psicossocial, constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial (Brasil, 2011). É o lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

Os CAPS são responsáveis por oferecer atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social das pessoas atendidas por meio do trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares. Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2004).

Um dos desafios da prática atual em Saúde Mental é o atendimento integral da pessoa. Princípio doutrinário do SUS, a integralidade estabelece que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. Assim, contrapõe-se à tendência de fragmentação dos sujeitos por uma medicina especializada e traz para o centro do sistema de saúde o compromisso com os todas as facetas do ser humano. O trabalho da saúde implica, portanto, no desenvolvimento

de dispositivos que favoreçam a prática biopsicossocial, configurando assim um sistema capaz de prestar assistência integral (Ministério da Saúde, 1990).

Na Atenção Psicossocial, uma das estratégias de protagonismo do sujeito empregadas é o Plano Terapêutico Singular (PTS), representando o conjunto de estratégias de cuidado, centrado no contexto de vida do sujeito e da família. Os princípios norteadores são a centralidade na demanda do sujeito, com foco na singularidade, a parceria entre equipe e pessoa atendida e a articulação dos recursos para além dos serviços. Na atenção psicossocial especializada, o PTS deve ser construído entre equipe, indivíduo atendido e família, e é responsabilidade do CAPS garantir permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

Para compreender o acompanhamento especializado ofertado pelo CAPS é importante diferenciar os conceitos de Campo e Núcleo. O campo compreende os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades, consideradas saberes básicos como processo saúde/doença, relação profissional/pessoa atendida, regras regrais de prevenção/promoção e organização do processo de trabalho. O núcleo é constituído por características relativas à identidade de cada sujeito, agregando a experiência pessoal, saberes específicos de cada profissão, habilidades e vocação (Campos, 2000). Uma forma de expressão do núcleo do Psicólogo inserido em um CAPS é o Atendimento Psicoterápico, que pode compor parte do Plano Terapêutico Singular de um sujeito atendido.

Entre os Transtornos Mentais atendidos nos CAPS está o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), que configura-se como um transtorno mental severo e persistente com experiência de stress emocional severo, descontrole comportamental, e apresenta uma série de sintomas que podem ser agrupados em quatro áreas principais – (1) Instabilidade ou desregulação emocional, (2) Distorção de padrões de pensamentos ou da percepção, (3) Comportamento impulsivo e (4) Relacionamentos intensos ou instáveis com outras pessoas

(APA, 2014). Entre indivíduos com TPB, 69% a 80% se engajam em comportamentos suicidas, com uma taxa de suicídio superior a 9% (Linehan et al., 2006). Dentre os indivíduos com diagnóstico de TPB, há uma predominância do sexo feminino (cerca de 75% dos casos) (APA, 2014). Nos Estados Unidos, 40% das pessoas atendidas em internação psiquiátrica recebem o diagnóstico de TPB (Linehan et al., 2000). Pessoas com TPB utilizam mais os serviços de saúde do que os com depressão severa (Bender et al., 2001) e outros transtornos de personalidade (Zanarini et al., 2004). Os indivíduos com TPB têm altas taxas de insucesso no tratamento (Linehan et al., 2006).

Pesquisas indicam que o TPB tem fortes correlações com traumas sofridos na infância, como abuso sexual, sendo que a severidade deste abuso está significativamente relacionada com a severidade dos sintomas do TPB (Lambie, Krynen & Miers, 2016), violência e negligências. Além disso, outros tipos de abuso, como emocional, físico e negligência, também estão relacionados com o desenvolvimento de TPB na vida adulta, indicando que os preditores mais fortes do diagnóstico de TPB são abuso sexual, abuso físico intrafamiliar e negligência pelos cuidadores (Merza, Papp & Kuritárné Szabó, 2015). Nos contextos médicos, pessoas com TPB frequentemente apresentam-se após terem feito autolesões ou crises suicidas, e são tratadas em contextos de emergência. Em muitos casos, ocorrem repetidas internações psiquiátricas (Stoffers-Winterling et al., 2012).

Em Revisão de Literatura publicada por Stoffers-Winterling et al (2012), os autores tiveram o objetivo de avaliar a efetividade de intervenções psicológicas para TPB. Para tanto, realizaram uma revisão de estudos randomizados com indivíduos com TPB, que comparassem um tipo específico de psicoterapia com uma intervenção controle. Foram incluídos 28 estudos envolvendo um total de 1.804 participantes com TPB. Diferenças estatisticamente significativas entre grupos em comparação de psicoterapia com grupos controle foram observadas nas intervenções Terapia Comportamental Dialética (DBT), DBT para Transtorno do Stress Pós-

traumático (DBT-PTSD), ‘mentalisation-based treatment in a partial hospitalisation setting’ (MBT-PH), ‘mentalisation-based treatment in outpatient’ (MBT-out), terapia com foco em transferência (TFP) e terapia interpessoal para TPB (ITP-BPD). Os autores indicam que a DBT e tratamentos derivados compõem a evidência mais sólida, mas ainda não robusta o suficiente, de eficácia, em relação a todos os tratamentos randomizados investigados.

Cinco estudos comparando a DBT com o tratamento usual indicaram efeitos benéficos estatisticamente significativos na maior parte dos resultados em relação aos demais tratamentos. Os efeitos incluem uma diminuição na manifestação de raiva, uma redução de autolesões e uma melhora no funcionamento geral. No entanto, nenhum dos tratamentos tem uma base de evidências robusta, e existem algumas preocupações quanto à qualidade dos estudos individualmente. No entanto, os achados dão suporte e um papel substancial da psicoterapia no tratamento de pessoas com TPB e indicam claramente uma necessidade de estudos de replicação (Stoffers-Winterling et al., 2012)

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) é um programa de tratamento desenvolvido para tratar pessoas com ideação suicida que preenchem critérios para TPB (Linehan, 1993). É um programa clínico inicialmente desenvolvido para o tratamento de comportamentos suicidas e autolesões sem intencionalidade suicida, e posteriormente estendido para algumas psicopatologias, como o Transtorno de Personalidade Borderline (Abreu & Abreu, 2016). Uma das contribuições que a DBT fez no campo da saúde mental foi facilitar a diminuição da frequência com que pessoas buscavam prontos-socorros em busca de avaliação psiquiátrica durante crises emocionais (Linehan et al., 2006).

A DBT tem como alvo direto (1) comportamento suicida, (2) comportamentos que interferem na entrega do tratamento, (3) outros comportamentos de risco severos ou desestabilizadores (Linehan et al., 2006). Uma terapia DBT padrão tem cinco funções: (1) aumentar as capacidades comportamentais, (2) aumentar a motivação para comportamentos

hábeis (por meio do gerenciamento de contingências e redução da interferência de emoções), (3) assegurar a generalização de ganhos para o ambiente natural, (4) estruturar o ambiente de tratamento para que ele reforce comportamentos funcionais ao invés de disfuncionais, e (5) aprimorar a capacidade e motivação do terapeuta para tratar as pessoas atendidas de forma efetiva (Linehan et al., 2006). Para tanto, a DBT utiliza-se de diversos modos de intervenção: (1) psicoterapia individual; (2) treinamento de habilidades; (3) consultoria por telefone; (4) tratamentos auxiliares; (5) reuniões de consultoria entre terapeutas, sendo que a organização da DBT permite que o terapeuta inclua apenas os componentes que considerar necessários (Heard & Swales, 2015).

Conforme indicam Abreu e Abreu (2016), a partir de análise da concepção filosófica e estratégias de avaliação e intervenção, a DBT tem um embasamento filosófico que se aproxima do behaviorismo radical, devido a sua definição de comportamento, concepção de causas e de seleção, e adota estratégias de avaliação e intervenção com foco na aceitação e na mudança, baseadas em análises funcionais, no reforço e na modelagem para a aprendizagem de novas habilidades.

O tratamento envolve a aprendizagem de comportamentos pré-requisitos, divididos nos estágios (1) “alcançando as habilidades básicas”, (2) “redução do estresse pós-traumático” e (3) “resolvendo problemas de vida e aumentando o respeito próprio”. O estágio 1 é composto de metas terapêuticas, como “reduzir comportamentos de suicídio ou de automutilação”, “reduzir comportamentos que interferem na terapia”, “reduzir comportamentos que interferem na qualidade de vida” e a “promoção de habilidades”. O estágio 2 foca na meta de descrever e aceitar as interações aversivas “traumáticas” que comumente indivíduos com TPB passaram em sua história de vida, a exemplo do abuso sexual. Por fim, o estágio 3 utiliza a interação entre terapeuta e pessoa atendida como ambiente em que o terapeuta reforça os comportamentos do

indivíduo relacionados a capacidade de confiar em si mesmo, validar as próprias opiniões, emoções e ações, independente do terapeuta (Abreu & Abreu, 2016).

A DBT tem como binômio de trabalho a utilização de procedimentos de aceitação e de mudança. É esse binômio que define o raciocínio dialético, que se fundamenta na necessidade do terapeuta em aceitar as pessoas atendidas como são, mas em um contexto de ensiná-las a mudar. As estratégias de aceitação são divididas em “emocional”, “comportamental” e “cognitiva”. As estratégias de mudança, ao seu turno, valem-se da aplicação da tecnologia comportamental para mudança de comportamento. Elas são subdivididas “exposição”, “treinamento de habilidades”, “modificação cognitiva” e “manejo de contingências” (Linehan, 1993). Determinadas estratégias possibilitam ao indivíduo identificar e modificar os problemas de comportamento ocorridos em situações extra consultório, ou na relação terapêutica com o psicólogo, como as estratégias de aceitação e de mudança (Abreu & Abreu, 2016).

A aceitação de sentimentos, comportamentos e pensamentos é uma técnica fundamental no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline. Na relação terapêutica, o terapeuta ensina a pessoa atendida a rotular e a descrever sentimentos, pensamentos e comportamentos, sempre tendo o cuidado de proporcionar oportunidades para a ocorrência dessas verbalizações. Na relação terapêutica, o terapeuta reforça a descrição de sentimentos, bem como modela as suas expressões (Linehan, 1993).

Para que possam ser estabelecidas estratégias de mudança é preciso que haja uma formulação do problema em termos de comportamento, a partir de uma análise funcional. A análise de cadeia tem sido a ferramenta de avaliação e intervenção da DBT, e é uma forma de determinar o que causou um comportamento e o que o mantém, a partir da investigação de comportamentos que estão conectados. Este tipo de análise ajuda a identificar os fatores que acarretaram um comportamento-problema e o que o mantém, bem como quais fatores poderiam

dificultar sua alteração. As análises de cadeia são feitas ao longo de todos os estágios da DBT para avaliação constante e intervenção (Linehan, 1993).

Após a identificação da função dos comportamentos problemáticos, o terapeuta e a pessoa atendida deverão pensar estrategicamente em comportamentos alternativos. Para tanto, propõe um modelo de análise que chamou de “modelo de inibição de respostas” (Linehan, 1993). A autora lista quatro motivos pelos quais um comportamento alternativo é inibido, quais sejam: (1) pelas respostas negativas condicionadas, (2) pelos comportamentos incompatíveis que interferem, (3) pelas contingências que favorecem o reforço do comportamento não desejado, e (4) pelas contingências que punem ou não reforçam os comportamentos adequados. Como possíveis estratégias aplicadas a esses problemas, são sugeridas soluções, como exposição à emoção negativa, treinamento de habilidades, procedimentos de modificação cognitiva e procedimentos de manejo de contingências (Linehan, 1993).

Um pressuposto central da DBT é o de que as pessoas que preenchem critérios para TPB têm déficits de habilidades significativos que contribuem para sua desregulação emocional e comportamental. A desregulação emocional é a incapacidade de mudar ou regular expressões emocionais, experiências, ações, respostas verbais ou expressões não-verbais de acordo com o contexto (Koerner, 2012).

Sendo assim, o treinamento de habilidades é parte integrante do tratamento na DBT (Linehan, 1993). O treino de habilidades DBT é realizado em grupo, por padrão, e inclui instruções didáticas, tarefas de casa e revisão de tarefas de casa. Na perspectiva da DBT, o processo de aprender novas habilidades comportamentais inclui os componentes de: (1) aquisição de habilidades, o que é realizado por meio de instruções e de modelagem; (2) fortalecimento de habilidades, que diz respeito à prática do comportamento no contexto do grupo, seguida de feedbacks específicos, e (3) generalização de habilidades - o processo de aplicar as habilidades adquiridas em contextos da vida (Heard & Swales, 2015). Segundo Heard

e Swales (2015), não podemos supor que a aquisição e o fortalecimento de uma habilidade no contexto do grupo resultariam automaticamente na utilização da habilidade pela pessoa em situações da vida nas quais ela é necessária, e para tanto precisa haver um esforço de generalização para contextos relevantes.

As habilidades originais desenvolvidas em um tratamento DBT são: (1) Efetividade interpessoal, que é o treino voltado à resolução de problemas interpessoais e assertividade. Trata-se do ensino de estratégias para que o indivíduo consiga dizer o que quer, dizer não a pedidos quando for apropriado, e para que consiga atingir objetivos interpessoais, enquanto cuida de seus relacionamentos e busca o auto-respeito; (2) O treino de habilidades de Regulação Emocional foca no ensino de habilidade para diminuir o afeto lábil. Inclui aprender a identificar, nomear e descrever emoções, usando o mindfulness na experiência emocional, reduzindo a vulnerabilidade a emoções negativas, aumentando a ocorrência de emoções positivas, e agindo de maneira oposta à tendência associada com emoções negativas; (3) Mindfulness, que tem o foco no desenvolvimento de controle atencional, consciência não-julgadora e senso do eu verdadeiro. Os participantes aprendem a simplesmente observar e então descrever eventos, pensamentos, emoções e sensações corporais, e participar inteiramente de suas ações e experiências de uma forma não-avaliativa, focando em uma coisa de cada vez e reorientando a atenção quando distrair-se; (4) Tolerância ao mal-estar, que ensina a focar na aceitação de emoções dolorosas sem tentar modificá-las. O módulo é dividido em habilidades de sobrevivência à crise, que são estratégias a curto prazo para tolerar situações estressantes sem reagir, e habilidades de aceitação da realidade, que são habilidades a longo prazo para aquelas situações aversivas que tem pouca probabilidade de mudar (Linehan, 2018).

A incorporação de uma habilidade no repertório comportamental do indivíduo é vista como um mecanismo de mudança primário na DBT, sendo crucial para o sucesso do tratamento (Waltz et al., 2009). A fase de aquisição de habilidades, foco do presente trabalho, envolve o

aprendizado do indivíduo sobre os conceitos importantes relacionados com a habilidade, quando é mais provável que a habilidade seja útil, e mais especificamente como desempenhar a habilidade. A aquisição de habilidades é facilitada no treino de habilidades da DBT por meio de instruções didáticas, material escrito e modelagem. A aquisição de habilidades é considerada um primeiro passo crucial para que a pessoa atendida incorpore novas habilidades em seu repertório comportamental (Linehan, 1993).

O treino de habilidades da DBT

O treino de habilidades da DBT foi exaustivamente utilizado em pesquisas prévias, e todos os estudos revisados nesta pesquisa utilizaram o treino de habilidades, seja como um componente de um tratamento DBT composto por outros métodos de intervenção, seja de forma isolada, utilizado como única forma de intervenção (por exemplo, Elices et al., 2016 e Lin et al., 2018). Em geral, os estudos revisados podem ser organizados por estudos que utilizaram o treino de habilidades como um componente de um tratamento DBT mais amplo, ou estudos que utilizaram o treino de habilidades de forma isolada. Além disso, dentro dessas categorias é possível dividir os estudos pela demanda da população estudada.

A seguir, é apresentada uma revisão dos estudos, a qual os divide nas referidas categorias: o treino de habilidades utilizado como forma de um tratamento DBT mais amplo, dividido pelas características de população com TPB, com sintomas semelhantes ao TPB, crianças e adolescentes, com Transtornos Alimentares, com abuso ou dependência de substância e participantes com outras demandas. Depois, são apresentadas as pesquisas que utilizaram o treino de habilidades DBT de forma isolada, divididas pelas categorias de populações com TPB, com sintomas semelhantes ao TPB, com Transtornos Alimentares, com abuso ou dependência de substâncias e participantes com outras demandas.

Dos estudos revisados que utilizaram o treino de habilidades como componente entre outras formas de intervenção, detalhados a seguir, todos empregaram o formato em grupo de aplicação do treino de habilidades, com exceção de Kröger et al. (2010), que aplicou o formato em grupo e também individual do treino de habilidades. Ainda, o estudo de Bohus et al. (2000) ofereceu, adicional ao treino de habilidades em grupo, um coaching de habilidades como meio de fortalecer as habilidades adquiridas. Por fim, Andiön et al. (2012) compararam o tratamento DBT individual e a soma do tratamento individual e em grupo, o que incluiu o treino de habilidades.

Treino de habilidades como componente de um tratamento DBT

Participantes com Transtorno de Personalidade Borderline.

Diversos estudos foram realizados com o objetivo de verificar a efetividade da DBT em população com TPB. O primeiro deles, de Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, Heard (1991), aplicou, por meio de estudo randomizado, um tratamento com duração de um ano, comparando o tratamento DBT (22 mulheres) com o tratamento comunitário usual (22 mulheres), composto por psicoterapia individual. O estudo apresentou três resultados principais - foi encontrada uma redução significativa na frequência e risco médico de autolesões sem intencionalidade suicida nos indivíduos que receberam DBT, a DBT foi eficaz em reter as pessoas atendidas na terapia e o número de dias de hospitalização psiquiátrica foi menor para pessoas que receberam tratamento DBT. Outro ensaio clínico randomizado realizado com 26 mulheres com TPB, também com duração de um ano, demonstrou os resultados de melhores escores no grupo que recebeu tratamento DBT nas medidas de raiva, ajustamento social global e avaliação global de sintomas, em comparação com o grupo que recebeu o tratamento usual, composto por psicoterapia individual e consultas psiquiátricas (Linehan, Tutek, Heard, Armstrong, 1994).

Um ensaio controlado randomizado com duração de um ano, somado a um ano de período de follow-up, replicou os resultados de estudos prévios da DBT em 101 mulheres com TPB - os resultados indicaram que a DBT foi associada com melhores resultados em comparação com o tratamento comunitário na maior parte das áreas estudadas durante os dois anos de tratamento e follow-up. Os participantes que receberam DBT foram menos propensos a fazer uma tentativa de suicídio, requereram menos hospitalizações para ideação suicida, e tiveram menores riscos médicos nas tentativas de suicídio e atos de autolesão combinados. Foram também menos propensos a abandonar o tratamento, tiveram menos internações psiquiátricas e visitas ao departamento de emergências psiquiátricas (Linehan et al., 2006). Dados deste mesmo estudo foram utilizados posteriormente por Coyle, Shaver e Linehan (2018), em um estudo randomizado que analisou a relação entre diversas variáveis coletadas, e encontraram, verificando relação entre a utilização dos serviços de crise com o risco de suicídio, que a utilização da DBT resultou em menores tentativas de suicídio no período follow-up, em parte porque passar por um tratamento DBT levou a menos admissões em serviço de emergência psiquiátrica.

Diversos estudos randomizados, detalhados a seguir, compararam o tratamento DBT para pessoas com TPB com outro tipo de tratamento ou com participantes em lista de espera para tratamento. A pesquisa de Turner (2000) demonstrou melhores resultados no grupo de tratamento pela DBT em 24 participantes na maior parte das medidas: comportamento suicida e auto lesivo, ideação suicida, depressão, impulsividade, raiva, funcionamento psicológico global, e uma redução nos dias passados em internamento psiquiátrico. Os resultados da pesquisa de Carter et al. (2010), com 24 mulheres com diagnóstico de TPB, indicaram que a incapacidade, medida por dias passados na cama, e qualidade de vida foram significativamente melhoradas no grupo de tratamento DBT. Porém, não encontrou diferenças entre os grupos na autolesão deliberada e no número de hospitalizações. A pesquisa de Kramer et al (2016) indicou

uma redução de sintomas de psicopatologia do TPB significativamente maior no grupo DBT (21 participantes), comparado com o tratamento usual psicodinâmico, cognitivo-comportamental ou psiquiátrico (20 participantes).

A DBT em comparação com o tratamento psiquiátrico padrão foi analisada por McMain et al (2017) em 180 participantes com TPB. Os resultados indicam para a identificação de três subgrupos – o mais amplo respondeu rapidamente ao tratamento e sustentou uma resposta favorável após a alta. O segundo subgrupo progrediu mais lentamente durante o tratamento, mas atingiu e manteve uma resposta favorável. Um terceiro subgrupo mostrou uma resposta rápida e favorável durante o tratamento, no entanto os sintomas retornaram para níveis perto da linha de base após a alta. Esse terceiro subgrupo teve níveis mais altos de depressão na linha de base, visitas aos departamentos médicos e desemprego. Os autores concluem que os indivíduos com TPB com altas linhas de base de utilização de serviços de saúde, depressão e desemprego podem se beneficiar de modificações do tratamento específicas para estes problemas.

A efetividade da DBT em comparação com o tratamento CAMS (collaborative assessment and management of suicidality), um tratamento específico para indivíduos com tentativas de suicídio, foi verificada por Andreasson et al (2016), que avaliaram 108 pessoas com TPB, e não encontraram diferenças entre o método CAMS e a DBT o número de autolesão não suicida ou número de tentativas de suicídio. Já o estudo de McMain et al. (2009), com 180 participantes, não encontrou diferenças significativas entre o grupo de tratamento DBT e o tratamento psiquiátrico padrão – ambos grupos mostraram melhoras nas medidas de frequência e severidade de episódios de autolesão suicidas e não suicidas, utilização de serviços de saúde gerais, incluindo visitas de emergência e dias de internamento psiquiátrico, assim como melhoras significativas nos sintomas de TPB, sintomas de estresse, depressão, raiva, e funcionamento interpessoal. Os autores não fornecem informações sobre a aquisição das

habilidades treinadas, o que demonstraria se os participantes adquiriram o conhecimento sobre o que deveriam fazer em determinadas situações.

O estudo de Linehan et al (2015) comparou de forma randomizada três tipos de intervenção DBT: o treino de habilidades somado ao gerenciamento de caso (DBT-S), a terapia DBT individual somado a atividades em grupo (DBT-I), e DBT padrão, que inclui o treino de habilidades e terapia individual. Com a participação de 99 mulheres com diagnóstico de TPB, os autores verificaram que todas as condições de tratamento resultaram em melhorias similares na frequência e severidade das tentativas de suicídio, ideação suicida, uso de serviços de crise e razões para viver. Comparado com o grupo DBT-I, as intervenções que incluíram o treino de habilidades resultaram em melhorias mais significativas na frequência de atos de autolesão não suicida. Ainda, a ansiedade melhorou significativamente durante o ano de tratamento na DBT padrão e na DBT-S, mas não na DBT-I.

Sahin et al (2017) compararam os níveis de gravidade dos sintomas de 106 mulheres com TPB entre dois tipos de tratamento oferecido - terapia psicodinâmica ou DBT. Houve uma interação significativa de três vias: tempo, tipo de tratamento e gravidade dos sintomas. A análise sugeriu que participantes menos graves tiveram resultados significativamente melhores na psicoterapia psicodinâmica. Para pessoas com problemas mais graves, os três tratamentos resultaram em resultados similares em termos de nível de funcionamento, concluindo que os resultados para tratamento de TPB podem diferenciar significativamente entre os indivíduos dependendo de seus graus iniciais de gravidade geral dos sintomas.

Foi realizado um estudo randomizado com 20 mulheres veteranas que preencheram critérios para TPB, designadas para um grupo de tratamento DBT ou tratamento usual, composto por atendimento psicológicos e psiquiátricos. Comparado com indivíduos no tratamento usual, aquelas na terapia DBT reportaram diminuições significativamente maiores na ideação suicida, desesperança, depressão e expressão de raiva. Além disso, somente

participantes na condição DBT demonstraram diminuições significativas no número de autolesões sem intencionalidade suicida, raiva experimentada mas não expressa e dissociação, e uma forte tendência no número de hospitalizações, embora as diferenças entre grupos não tenham sido estatisticamente significativas nessas variáveis. Participantes em ambas condições reportaram diminuições significativas nos sintomas depressivos e no número de padrões comportamentais critérios para TPB, mas não apresentaram diminuição nos níveis de ansiedade (Koons et al., 2001).

Uma adaptação da DBT padrão foi realizada em um serviço público de saúde dos Estados Unidos com o objetivo de avaliar a aplicabilidade de um programa DBT padrão, seguido por um programa DBT adaptado com foco em emprego e recuperação para participantes com TPB. Os resultados indicam que os 30 participantes foram significativamente mais propensos a estarem empregados ou na escola no final do tratamento DBT padrão, e eram mais propensos a estarem trabalhando 20 horas ou mais no final do programa DBT adaptado. Os participantes tiveram, ainda, redução significativa nas admissões hospitalares, e reportaram um aumento na qualidade de vida (Comtois, Kerbrat, Atkins, Harned, & Elwood, 2010).

Outra adaptação à DBT padrão foi realizada por Sinnavee, van den Bosch, Hakkaart-van Roijen, e Vansteelandt (2018), que examinaram a efetividade e custo-efetividade da step-down DBT, um programa DBT abreviado com duração de três meses de DBT residencial e seis meses de DBT ambulatorial, comparado com 12 meses de DBT padrão ambulatorial. Em 84 participantes com diagnóstico de TPB, os autores indicam que a probabilidade de comportamentos auto lesivos não suicidas diminuiu significativamente na step-down DBT, mas não na DBT padrão. Já a severidade dos sintomas de TPD diminuiu significativamente em ambos grupos, com a melhora nivelando entre os grupos ao final do tratamento. Os autores concluem que enquanto a step-down DBT foi mais efetiva em aumentar a qualidade de vida, também exigiu significativamente mais recursos financeiros.

Dois estudos foram realizados com pessoas com TPB que estavam internadas em clínicas psiquiátricas. Bohus et al. (2000) demonstraram diminuições significativas no número de autolesões sem intencionalidade suicida após o tratamento, e, 24 mulheres participantes, assim como melhoras significativas nas taxas de depressão, dissociação, ansiedade e stress global. Roepke et al. (2011) compararam 12 semanas de um tratamento DBT com 12 semanas do tratamento usual, não especificado pelos autores, em 40 mulheres com TPB internadas, e encontraram aumentos significativos na clareza de autoconceito, assim como autoestima básica e global somente no grupo que passou por DBT.

Um estudo retrospectivo avaliou os dados de 40 indivíduos com TPB que passaram por um programa DBT, por cerca de oito meses, entre 2000 e 2007. Foram constatadas reduções significativas em hospitalizações, medicações psiquiátricas, risco clínico e mal-estar. Dados qualitativos incluem a observação de que alguns participantes experienciaram mudanças no senso de identidade, eventos de vida importantes e relacionamentos (McFetridge & Coakes, 2010). A eficácia do uso de DBT individual foi comparada com a DBT individual combinada com DBT em grupo em um estudo com 51 pessoas com TPB. Os resultados indicam melhoras significativas nas variáveis investigadas em ambos modos de tratamento, sendo que não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo que recebeu somente DBT individual e o grupo que recebeu terapia individual e em grupo combinadas nas variáveis tentativas de suicídio, comportamentos auto lesivos e visitas aos departamentos de emergência (Andión et al., 2012).

Um estudo com delineamento de sujeito único foi realizado por Van Goethem, Mulders, de Jong, Arntz e Egger (2015) com o objetivo de investigar o efeito da terapia comportamental dialética (DBT) e módulos específicos de DBT sobre a evolução longitudinal de autolesões sem intencionalidade suicida de indivíduos com TPB. Treze participantes com TPB passaram por tratamento padrão da DBT durante 28 semanas e fizeram registros diários

da frequência, urgência e gravidade de sua automutilação e de seus pensamentos e comportamentos suicidas. Os resultados indicaram que os comportamentos parasuicidas registrados mostraram um curso altamente variável, mas, em geral, diminuíram durante a DBT.

O uso de habilidades no tratamento DBT como um mecanismo de mudança foi diretamente estudado em pesquisa com 108 mulheres com TPB, que foram distribuídas em tratamento DBT padrão ou tratamentos controles de três tipos, e tiveram o uso de habilidades medido antes e depois da intervenção em todas as condições. Os resultados indicaram, que o uso de habilidades DBT mediou a diminuição nas tentativas de suicídio e depressão, e aumentou o controle da raiva ao longo do tempo. Ainda, mediou parcialmente a diminuição de comportamentos auto lesivos não-suicidas ao longo do tempo. Os resultados também indicaram que embora todas as participantes tenham reportado utilizar alguma habilidade DBT antes do tratamento ter início, as participantes tratadas com DBT reportaram usar três vezes mais habilidades ao final do tratamento do que as participantes na condição controle (Neacsiu, Rizvi & Linehan, 2010).

Portanto, os componentes da DBT foram avaliados em diversos estudos (de 1991 a 2018) e produziram efeitos terapêuticos principalmente na redução de autolesões sem intencionalidade suicida e tentativas de suicídio, diminuição das entradas em hospital psiquiátrico e dos dias de hospitalização e redução dos índices de depressão. Apenas dois estudos não encontraram diferenças nos resultados entre a DBT e o tratamento utilizado para comparação. Quanto ao local das terapias, a maior parte foi de forma ambulatorial, e embora um dos estudos tenha sido aplicado em um serviço de saúde público dos Estados Unidos (Comtois, Kerbrat, Atkins, Harned, & Elwood, 2010), nenhum utilizou um local com lógica de tratamento semelhante ao do CAPS.

Participantes com sintomas semelhantes ao TPB

A maior parte das pesquisas em DBT são realizadas com pessoas que têm o diagnóstico de TPB ou preenchem critérios para TPB. No entanto, diversas pesquisas foram realizadas com participantes com sintomas semelhantes aos descritos no TPB, mas que não necessariamente preenchiam critérios para o diagnóstico. Quatro estudos foram realizados com o uso da DBT em população que não preencheu critérios para TPB, mas que tinha sintomas semelhantes. O estudo de Barley et al. (1993) investigou o uso da DBT em 130 pessoas internadas em clínica psiquiátrica na unidade de Transtornos de Personalidade, comparando as fases de implementação da DBT com grupo de outra unidade que não estava passando pelo tratamento DBT. Os autores verificaram que a média mensal de autolesões sem intencionalidade suicida na unidade de transtornos de personalidade foi significativamente mais baixa na medida em que a DBT foi implementada na unidade, enquanto que as taxas de autolesões sem intencionalidade suicida na outra unidade de internamento não foram significativamente diferentes entre os períodos de tempo. Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith e Simpson (2007) encontraram reduções significativas nos comportamentos autolesivos, no número de dias em internamento psiquiátrico, e no número de sistemas de tratamentos de crises utilizados em 24 participantes com histórico de comportamento autolesivo crônico que passaram por tratamento DBT.

Por fim, Perroud, Uher, Dieben, Nicastro e Huguelet (2010) aplicaram um programa de DBT em 447 indivíduos com comportamento autolesivo atual suicida ou não suicida, ou outro problema de controle de impulsos. O programa levou a reduções significativas na depressão, desesperança e sintomas de mal-estar. O estudo randomizado de Neacsiu et al (2014) avaliou o treino de habilidades da DBT (DBT-ST) em conjunto com atendimentos individuais para a regulação emocional e o uso de habilidades como mediador de resultados, comparada com outra modalidade de intervenção com base em atividades, em 44 participantes. Verificaram que a DBT-ST foi mais efetiva na diminuição de desregulação emocional, aumento do uso de

habilidades e diminuição da ansiedade, mas não da depressão, e que o uso de habilidades mediou essas mudanças.

É possível perceber que o treino de habilidades como parte de um programa DBT padrão mostrou-se eficaz em diversos contextos e para diversos sintomas semelhantes aos do TPB, principalmente nos resultados de aumento dos índices de Regulação Emocional, redução dos índices de ideação suicida e de autolesões sem intencionalidade suicida.

Participantes crianças e adolescentes

Uma vez examinada a população de adultos com TPB ou sintomas semelhantes ao TPB, cabe avaliar como a DBT é aplicada em crianças e adolescentes com tentativa de suicídio, ideação suicida, comportamentos autolesivos ou que preenchem critérios para TPB. Pesquisas que avaliaram adolescentes em tratamento DBT encontraram resultados positivos nas variáveis autolesões sem intencionalidade suicida (Hjalmarsson, Kåver, Perseius, Cederberg & Ghaderi, 2008; Katz, Cox, Gunasekara, & Miller, 2004; McDonell, Tarantino & Dubose, 2010; Mehlum et al., 2014; McCauley et al., 2018), tentativas de suicídio (McCauley et al., 2018), sintomas depressivos e ideação suicida (Katz, Cox, Gunasekara, & Miller, 2004; Fleischhaker et al., 2011; Mehlum et al., 2014) ideação suicida (Rathus & Miller, 2002; Woodberry & Popenoe, 2008; Mehlum et al., 2014), sintomas depressivos (Rathus & Miller, 2002; Woodberry & Popenoe, 2008), raiva, dissociação e impulsividade (Woodberry & Popenoe, 2008), características de personalidade depressiva e Borderline, ansiedade, sensibilidade interpessoal, e paranoia (Hjalmarsson, Kåver, Perseius, Cederberg & Ghaderi, 2008), desregulação emocional (Fleischhaker et al., 2011), uso de medicações psiquiátricas (McDonell, Tarantino & Dubose, 2010), stress, hospitalizações psiquiátricas (Rathus & Miller, 2002).

Ainda, 43 crianças e pré-adolescentes entre 7 e 12 anos com Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor foram distribuídas aleatoriamente entre tratamento DBT adaptado ou

tratamento usual (terapia individual) por Perepletchikova, et al. (2017). Os pais e as crianças e pré-adolescentes na condição DBT expressaram uma satisfação com o tratamento significativamente mais alta do que os do tratamento usual. A taxa de respostas positivas média entre os domínios avaliados foi 90,4% na DBT comparado com 45,5% no tratamento usual, e as taxas de remissão dos sintomas foram de 52,4% para o grupo DBT e 27,3% para o tratamento usual, sendo que as melhoras foram mantidas após 3 meses de follow-up.

Os principais resultados encontrados nesta população foram a redução dos índices de depressão, de autolesões sem intencionalidade suicida e de ideação suicida. A aplicação da DBT com crianças e adolescentes, visto os resultados que ela demonstra, mostra-se de grande importância, visto que nos Estados Unidos, as mortes de meninas entre 15 e 19 anos por suicídio dobraram entre 2007 e 2015, com 5,1 casos para cada 100 mil. Já para crianças e adolescentes do sexo masculino, os índices de suicídio cresceram 30% no mesmo período e representam 14,2 casos para cada 100 mil (Senra, 2017).

Participantes com Transtornos Alimentares

Ainda, pesquisas sobre DBT foram realizadas com outras populações que não a de pessoas com TPB. Transtornos alimentares foram estudados em três pesquisas. Oito mulheres com diagnóstico de TPB e Transtorno Alimentar Compulsivo ou Bulimia Nervosa passaram por um programa de seis meses de DBT, a partir do qual foram detectadas melhoras significativas em todos os resultados – autolesão, compulsão alimentar, patologias gerais de transtornos alimentares, funcionamento social, dentre outros (Chen, Matthews, Allen, Kuo, & Linehan, 2008).

Kröger et al. (2010) investigaram a eficácia preliminar de um programa DBT de três meses adaptado para 24 participantes com Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa e TPB. Encontraram taxas de remissão de 54% para Bulimia Nervosa e 33% para Anorexia Nervosa.

Ainda, as taxas de queixas relacionadas com alimentação, psicopatologia geral e funcionamento psicossocial global foram significativamente melhoradas no pós-tratamento e no follow-up. Por fim, um programa DBT de 25 semanas foi avaliado para 12 adolescentes com Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa. Foram detectadas reduções significativas na frequência dos comportamentos que caracterizam a Anorexia e Bulimia, como vômitos, compulsão alimentar e restrição alimentar, e as participantes demonstraram reduções significativas na psicopatologia geral no pós-tratamento (Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Miller, 2008).

A DBT foi comparada a outros dois tratamentos - Terapia Cognitivo-comportamental guiada e tratamento individual e grupo adicional de Terapia Cognitivo Comportamental (CBT+) em 109 mulheres com Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica ou Bulimia Nervosa. A frequência de compulsão alimentar foi similar para os grupos da GSH, DBT e CBT+. Durante o tratamento, a redução da frequência de episódios de compulsão alimentar foi significativamente mais devagar nos grupos DBT e CBT+ comparado com o grupo GSH. Os ganhos dos grupos reduziram significativamente 12 meses após a intervenção, no entanto, foram significativamente mais sustentados no grupo que passou por tratamento DBT (Chen, Cacioppo, Fattich & Gallop, 2016).

Pesquisas utilizando a DBT em pessoas com Transtornos tiveram como principais resultados a melhora na avaliação global de sintomas psicológicos e psiquiátricos e diminuição dos comportamentos característicos de Transtornos alimentares, mostrando que um programa DBT padrão parece eficaz também para esta população.

Participantes com abuso ou dependência de substâncias

O abuso ou dependência de substâncias também foi tratado com o uso da DBT. O estudo randomizado de Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul e Van den Brink (2005) relatou os

efeitos de um programa de 12 meses de DBT para autolesões sem intencionalidade suicida e impulsivos em um grupo misto de 58 mulheres com TPB com ou sem abuso de substâncias. Foram encontrados e sustentados após seis meses os benefícios da DBT em relação ao tratamento usual, realizado em serviços psiquiátricos e centros de tratamento de vícios, em termos de níveis mais baixos de autolesões sem intencionalidade suicida, comportamentos impulsivos, e uso de álcool. Em outra pesquisa, 27 mulheres que preenchem critérios para TPB e dependência de substâncias passaram por um programa DBT padrão de 20 semanas. Foram constatadas reduções significativas na depressão do pré-tratamento para o pós-tratamento, melhoras significativas na regulação emocional e redução no uso de substâncias. Ainda, a melhora na regulação emocional pareceu contar parcialmente com a diminuição no uso de substâncias ao longo do tempo (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011). Somando as pesquisas, os autores demonstraram que a DBT se mostra útil no tratamento do uso e abuso de substâncias não só quanto ao uso em si, mas também na redução de autolesões sem intencionalidade suicida e melhora na regulação emocional.

Participantes com outras demandas

Quatro pesquisas foram realizadas com mulheres que preencheram critérios para Transtorno do Stress Pós-traumático (TEPT). No estudo de Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst e Bohus (2011) 29 participantes com TEPT e histórico de abuso sexual na infância foram avaliadas na linha de base, ao final do tratamento e após seis semanas do término do tratamento DBT. O tratamento resultou em reduções significativas nos sintomas de TEPT dos participantes, sintomas depressivos e ansiosos no período de follow-up em relação à linha de base. Vinte e seis mulheres com TEPT e TPB participaram da pesquisa de Harned, Wilks, Schmidt e Coyle (2018), que encontraram que um tratamento DBT de Exposição Prolongada

para TEPT (DBT PE) foi superior ao tratamento DBT padrão na melhoria de ajustamento social, qualidade de vida relacionada com a saúde, e ao alcançar um bom funcionamento global, mas não para problemas interpessoais ou qualidade de vida.

Uma ilustração de estudo de caso de DBT integrada e simultânea à exposição prolongada (DBT PE) foi demonstrada por Scheiderer, Carlile, Aosved e Barlo (2017). Uma mulher veterana com TEPT e TPB passou por 24 meses do tratamento, e demonstrou redução dos sintomas e melhora da qualidade de vida geral. Já Granato, Wilks, Miga, Korslund e Linehan (2015) realizaram um estudo de caso único de uma mulher com diagnóstico de TPB e TEPT, também aplicando o tratamento DBT PE. Os autores encontraram melhoras significativas nos sintomas de TEPT, assim como resultados relacionados com autolesão e dissociação, demonstrando que pessoas com TPB que apresentam dissociação e comportamento autolesivo podem receber tratamento para TEPT de forma segura e bem-sucedida.

Outra população estudada foi a de 45 mulheres jovens delinquentes em uma instituição de saúde mental, que foram divididas entre grupo de tratamento DBT ou tratamento usual, composto por programas educacionais, vocacionais e recreacionais. Os resultados indicam que os problemas comportamentais, como agressão e autolesões sem intencionalidade suicida, foram significativamente maiores no pré-tratamento e diminuíram significativamente no pós-tratamento no grupo DBT em comparação com o outro grupo. Ainda, as participantes da intervenção DBT demonstraram uma melhor transição para outros serviços, bem como maior participação em atividades terapêuticas, educacionais e vocacionais nesses serviços (Trupin, Stewart, Beach, & Boesky, 2002).

Participantes com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (33 estudantes) passaram por um tratamento DBT com foco no treino de habilidades, somados a 15 minutos de ligações telefônicas semanais com foco na generalização de habilidades. Os

participantes que receberam o grupo de treino de habilidades DBT mostraram taxas maiores de resposta ao tratamento (59-65% contra 19-25%) e de recuperação clínica (53-59% contra 6-13%) quanto aos sintomas de TDAH e funcionamento executivo, e maiores aumentos na qualidade de vida (Fleming et al., 2015).

Esta análise deixa claro que, por mais que a DBT tenha sido originalmente desenvolvida para o tratamento de pessoas com TPB, seu uso expandiu-se de forma a ser aplicada nos mais diversos contextos e demandas. Aprofundar-se nos estudos com participantes com Transtorno do Stress Pós-traumático (TEPT) ou Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), por exemplo, pode favorecer a expansão e reconhecimento da DBT no Brasil, para além da aplicação com TPB.

Treino de habilidades de forma isolada

Participantes com Transtorno de Personalidade Borderline

Para além dos estudos já citados que empregaram o treino de habilidades como um componente do tratamento DBT, diversos estudos revisados utilizaram o treino de habilidades de forma isolada no tratamento. Dos 23 estudos revisados que sete utilizaram somente o treino de habilidades DBT, nove utilizaram o treino de habilidades DBT em grupo em população com TPB, obtendo resultados animadores. Um estudo foi realizado com 31 pessoas que estavam internadas em clínica psiquiátrica, para avaliar a efetividade de um grupo de habilidades baseado na DBT, em comparação a um grupo de tratamento com outra temática. Sujeitos que passaram pelo treino de habilidades DBT foram significativamente mais propensos a acreditar que as lições aprendidas no grupo iriam ajudá-los a manejar melhor suas vidas após a saída do hospital. No entanto, os autores observaram que participantes no grupo de habilidades DBT engajaram-se em significativamente mais autolesões sem intencionalidade suicida, o que os autores atribuem ao fato de discutirem esses comportamentos em grupo e ouvirem os outros

participantes descreverem seus comportamentos de automutilação e fantasias (Springer, Lohr, Buchtel, & Silk, 1996).

Na pesquisa de Williams, Hartstone e Denson (2010) 140 participantes foram divididos para receber 20 semanas de um grupo de habilidades DBT ou o tratamento usual (psicoterapia individual), e foram avaliados no pré-tratamento e pós-tratamento. Os participantes que receberam o tratamento em grupos DBT tiveram diminuição significativa nos índices de dias de hospitalização, sintomas de TPB, depressão e ansiedade. Participantes que passaram por um grupo de habilidades DBT de 14 meses (10 participantes) foram comparados com sete participantes na lista de espera por Davenport, Bore e Campbell (2010). O grupo que ainda aguardava tratamento teve escores mais baixos de autocontrole, agradabilidade e neuroticismo, comparado com o grupo que passou por tratamento. Já na pesquisa de McMain, Guimond, Barnhart e Habinski (2017b), o tratamento DBT foi comparado com a lista de espera em 84 participantes distribuídos aleatoriamente. Os participantes na condição DBT demonstraram reduções maiores do que os da lista de espera nos comportamentos autolesivos suicidas e não suicidas entre a linha de base e o final do tratamento. Os participantes da condição DBT mostraram maiores melhorias do que os da condição controle nas medidas de raiva, tolerância ao mal-estar, e regulação emocional.

Para comparar o uso de grupo de habilidades DBT isolado com o uso de grupo de habilidades DBT em conjunto com um treino de habilidades pelo computador, Wolf et al. (2011) avaliaram 27 participantes mulheres com TPB no pré-tratamento e uma semana após o término do tratamento. As participantes que estavam na condição em conjunto com um treino de habilidades pelo computador demonstraram maiores aumentos na aquisição de habilidades DBT, maior habilidade de ligar conceitos DBT com a seus módulos apropriados, e passaram mais tempo estudando as habilidades do que as participantes que passaram somente pelo grupo de habilidades, sem uso da tecnologia.

O treino de habilidades *mindfulness* foi avaliado pela pesquisa de Elices et al. (2016), na qual 64 participantes diagnosticados com TPB foram aleatoriamente distribuídos para 10 semanas de treino *mindfulness* ou treino de habilidades interpessoais. Comparado com o grupo controle, os participantes do grupo que recebeu treino de habilidades *mindfulness* demonstraram uma redução significativa nos sintomas do TPB e um aumento significativo na capacidade de *mindfulness*. As taxas de resposta ao tratamento (em relação aos sintomas do TPB) foram mais altas para o grupo *Mindfulness*. Para comparar a efetividade de um grupo de treino de habilidades da DBT condensado (DBTSTG) com a Terapia Cognitiva em Grupo (CTG), Lin et al (2018) distribuíram 82 estudantes com TPB entre as condições, e verificaram que ambos grupos tiveram reduções similares nas novas tentativas de suicídio e depressão após a intervenção e após seis meses de follow-up. No entanto, os participantes do grupo CTG mostraram melhoras nos erros cognitivos (que é um dos indicadores de uso de estratégias de regulação focadas na emoção) mas os do grupo DBTSTG revelaram aumentos na aceitação e diminuição nos escores de supressão (relacionada com a evitação de experiências).

O componente específico da aquisição de habilidades foi estudado em uma das pesquisas. Waltz et al. (2009) testaram a viabilidade de usar vídeos de psicoeducação para ensinar habilidades comportamentais para indivíduos com TPB. Os 30 participantes assistiram a um vídeo e foram avaliados quanto ao conhecimento e desenvolvimento de habilidades no módulo Regulação Emocional. Os participantes demonstraram aumentos significativos no conhecimento de habilidades DBT e aumento da confiança de que as habilidades seriam úteis. Eles experienciaram também uma diminuição significativa no relato de emoções dolorosas após a utilização das habilidades.

A eficácia de um treino de habilidades DBT isolado foi comparada com a eficácia de um grupo padrão DBT para 60 pessoas com TPB, em um estudo randomizado. O treino de habilidades DBT isolado foi associado com menores taxas de desistência, 34.5% comparado

com 63.4% do de grupo padrão DBT. Ainda, foi superior ao de grupo de DBT padrão na melhora de áreas de humor e emoções severos, como: depressão, ansiedade, irritabilidade, raiva e instabilidade do afeto. Uma redução nos sintomas psiquiátricos gerais também foi observada (Soler et al., 2009). Segundo os autores, o treino de habilidades DBT isolado parece desempenhar melhorias gerais do TPB em comparação com intervenções DBT padrões. Isso permite uma implementação direta em uma ampla gama de contextos da saúde mental e provê a vantagem adicional de ser economicamente efetivo.

Desta forma, é possível perceber que mesmo aplicando o treino de habilidades de forma isolada foram obtidos resultados importantes, como a redução nos índices de dias de hospitalização, sintomas de TPB, depressão, ansiedade, regulação emocional, comportamentos autolesivos suicidas e não suicidas, entre outros. Estes resultados reforçam de forma empírica o que foi indicado por Linehan (1993), de que as pessoas que preenchem critérios para TPB têm déficits de habilidades significativos que contribuem para sua desregulação emocional e comportamental. Tudo isso torna o treino de habilidades um aspecto central para os resultados de um tratamento DBT.

Participantes com sintomas semelhantes ao TPB

Resultados promissores foram encontrados com a aplicação de um programa DBT padrão para pessoas com sintomas semelhantes ao do TPB. Então, na presente seção, analisa-se o que acontece quando o componente isolado do treino de habilidades é aplicado em populações cuja sintomatologia é semelhante à do TPB. Na pesquisa de Sambrook, Abba e Chadwick (2006) os 34 participantes foram submetidos a um treino de habilidades DBT em grupo, adaptado para os módulos de sobrevivência a crises, *mindfulness*, compreensão e regulação de emoções e assertividade. Os resultados indicaram que 30% dos participantes

tiveram diminuições significativas no número de dias de internação psiquiátrica, e 61% tiveram diminuições nas consultas em serviço de saúde psiquiátrico, evidenciando uma diminuição da utilização de serviços de crise. Os autores reportaram, ainda, uma diminuição nas medidas e psicopatologia geral.

No estudo randomizado de Ward-Ciesielski, Tidik, Edwards e Linehan (2017) 93 participantes adultos que relataram ideação suicida na última semana passaram por uma intervenção de sessão única na qual receberam intervenção sobre habilidades DBT ou instruções sobre relaxamento. Ambas condições mostraram reduções significativas nos níveis de ideação suicida, depressão e ansiedade. No entanto, a análise não revelou diferenças significativas entre as condições nos resultados de ideação suicida, desregulação emocional, uso de habilidades, depressão ou ansiedade. Já Wilks et al (2018) avaliaram a aplicabilidade, aceitabilidade e eficácia preliminar de um treino de habilidades DBT pela Internet (iDBT-ST) para 59 indivíduos com comportamentos suicidas com episódios de ingestão alcoólica pesada. Os participantes apresentaram uma redução significativa em todos os resultados ao longo dos quatro meses de intervenção. Comparado com os participantes controle da lista de espera, os indivíduos que receberam o iDBT-ST imediatamente mostraram reduções mais rápidas no consumo de álcool.

Foi realizado, ainda, um estudo com delineamento de sujeito único com dez mulheres nepalesas com histórico de tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos. Um protocolo culturalmente adaptado da DBT (DBT-N) foi aplicado em dez sessões, com o treino de habilidades de acordo com o manual. Os participantes mostraram melhorias na regulação emocional ao longo do tratamento, o que foi associado ao aumento do uso de habilidades. Reduções rápidas e sustentadas na ideação suicida e melhorias na resiliência foram observadas após o início da DBT-N (Ramaiya et al., 2018).

Participantes com Transtornos Alimentares

O tema de Transtorno Alimentares também foi estudado com o uso do grupo de habilidades DBT de forma isolada. Onze mulheres em tratamento para Transtorno da Compulsão Alimentar passaram por 20 sessões em grupo. Os resultados indicam que tanto o número de episódios de compulsão quanto os dias nos quais houve compulsão diminuíram significativamente da linha de base para o pós-tratamento, e houve também perda de peso. A avaliação de três e seis meses após o tratamento mostrou uma continuidade significativa de abstinência da compulsão alimentar a manutenção do baixo peso (Telch, Agras e Linehan, 2001).

Participantes com abuso ou dependência de substâncias

Como forma de promover a generalização de habilidades específicas da DBT foi desenvolvido o DBT Coach, um aplicativo para celular, que foi testado por 22 indivíduos que preenchem critérios para TPB e Transtorno do Uso de Substâncias. Foram detectadas reduções significativas na intensidade emocional e urgência de uso de substâncias, e aumento na habilidade de identificar e utilizar as habilidades adquiridas durante todo o tratamento (Rizvi, Dimeff, Skutch, Carroll, & Linehan, 2011).

Participantes com outras demandas

Outras populações também foram estudadas quanto ao uso do grupo de habilidades DBT isolado. Participantes em unidade carcerária com comportamentos impulsivos ou agressivos passaram por um programa de 16 semanas de um grupo de habilidades baseado na DBT, com

dois encontros semanais. Os 63 participantes tiveram significativamente menos ocorrências por indisciplina ao término da intervenção, menos comportamentos fisicamente agressivos e demonstraram estratégias de enfrentamento mais saudáveis (Shelton, Sampl, Kesten, Zhang, & Trestman, 2009). Sakdalan, Shaw e Collier (2010) avaliaram seis participantes delinquentes com Deficiência Intelectual quanto à a efetividade de um programa de grupos de treino de habilidades DBT adaptado. Os resultados indicam aumentos significativos no funcionamento global, e diminuições significativas nos comportamentos de risco ao longo do tratamento.

Treze familiares de indivíduos com tentativa de suicídio prévia passaram por um programa de conexões familiares baseado na DBT, composto por treino de habilidades adaptado para esta população. Os resultados indicam melhoras significativas na saúde psíquica global, níveis de ansiedade e sobrecarga percebida pelo familiar no pós-tratamento. Não foram encontradas diferenças significativas nas medidas de qualidade de vida e sintomas depressivos (Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti & Jokinen, 2009). Ainda, 16 cuidadores de pessoas com demência que preenchiam critérios de fatores de risco para abuso de idosos passaram por um grupo de habilidades DBT adaptado de oito semanas, e reportaram aumentos significativos no funcionamento psicossocial e uso de estratégias de enfrentamento focadas no problema, diminuições da fadiga e melhora no bem-estar psicológico. Ainda, 40% dos participantes reportaram reduções em sintomas depressivos em pelo menos 10% ao longo do tratamento (Drossel, Fisher & Mercer, 2011).

Pessoas com uma média de três diagnósticos de transtornos mentais severos cada, que tinham histórico de falha em obter ou manter empregos, participaram da pesquisa de Koons et al. (2006) e passaram por um grupo de habilidades DBT padrão. Os 20 participantes tiveram melhoras significativas e manutenção de ganhos em depressão, desesperança e experiência de raiva. Tiveram ganhos, ainda, na expressão de raiva, controle de expressões de raiva, satisfação com o trabalho e número de horas semanais trabalhadas. Outra pesquisa foi realizada com

população com demandas que não de TPB, em um delineamento de sujeito único com três participantes. Hollenbaugh e Lenz (2018) avaliaram uma aplicação de grupos de treinamento de habilidades de DBT, contendo os quatro módulos, com seis sessões semanais de cada módulo do tratamento, totalizando 24 sessões ao longo de 9 meses. Os resultados indicaram que dois, dos três participantes experimentaram mudanças significativas no seu grau de desregulação emocional ao longo do tratamento, sendo que nenhum dos módulos por si só foi mais eficaz do que os outros no aumento da regulação emocional. Ainda, corroboram achados anteriores, indicando que os grupos de habilidades da DBT podem ser uma intervenção eficaz para reduzir a desregulação da emoção para indivíduos com uma variedade de diagnósticos.

O grupo de habilidades DBT isolado foi utilizado também com 31 mulheres com histórico de violência doméstica. Após um programa de 12 semanas, as participantes reportaram reduções significativas na depressão, desesperança, desajustamento social e sintomas gerais de psicopatologia no período pós-tratamento (Iverson, Shenk, & Fruzzetti, 2009). O grupo de habilidades foi, na pesquisa de Keuthen et al. (2010), incorporado ao tratamento padrão de 10 indivíduos com Tricotilomania. Os resultados apontam para melhoras significativas na severidade e comprometimento da Tricotilomania, sintomas depressivos e ansiosos, e a maior parte dos escores de regulação emocional, entre a linha de base e o pós-tratamento. As mudanças na frequência dos comportamentos característicos da Tricotilomania estiveram significativamente associadas com mudanças na capacidade de regulação emocional.

Em um estudo de caso único, uma mulher Africo-Americana de 57 anos que preencheu critérios para Transtorno do luto complexo persistente (PCBD), caracterizado por sintomas persistentes de luto, e Transtorno Depressivo Persistente, passou por um treino de habilidades DBT ao longo de seis meses. Ao final do tratamento, o participante não preencheu critérios para as duas condições iniciais. Reduções confiáveis e clinicamente significativas foram encontradas para seu luto, sintomas depressivos, ideação suicida e dificuldades de sono. Essa redução foi

mantida dois meses após o tratamento. Além disso, ela aumentou sua capacidade de regular suas emoções e cognições utilizando as habilidades de enfrentamento da DBT e eliminou o abuso de substâncias (Barrett, Tolle, & Salsman, 2017).

Crianças que praticam *bullying* foram a população investigada por Ziraki e Hassan (2017). Vinte e quatro crianças foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos, experimental e controle, sendo que o experimental passou por grupos de habilidades DBT adaptados. Foi indicada a efetividade da DBT nos sintomas clínicos, controle de raiva externa e interna, e regulação emocional. Já Uliaszek, Rashid, Williams e Gulamani (2016) examinaram a eficácia de dois grupos de tratamento baseados em evidências para psicopatologia significativa em 54 estudantes universitários que estavam buscando tratamento – grupo de habilidades DBT e Psicoterapia Positiva (PPT). Não houve diferenças estatisticamente significativas na taxa de mudança entre os grupos, mas houve uma diferença significativa na aceitabilidade entre os tratamentos, com o grupo DBT demonstrando taxas de atrito significativamente menores, maior comparecimento e maior aliança terapêutica geral. Enquanto ambos grupos demonstraram eficácia nessa população, o grupo DBT pareceu ser um tratamento mais aceitável e eficaz para implementação.

Como a DBT é baseada em princípios, e não em protocolos (Swales & Heard, 2009), os resultados demonstrados com a aplicação do treino de habilidades DBT de forma isolada em população carcerária, com familiares ou em escolas, para citar algumas delas, mostram sua versatilidade. Além disso, mostram a possibilidade de que seus princípios sejam adaptados de acordo com o contexto e possibilidades tanto da população a ser assistida quanto da equipe de assistência, mostrando sua efetividade mesmo que seja aplicado somente o treino de habilidades para diversas demandas.

Treino de Habilidades

O Apêndice A contém uma tabela apresentando o modo como 72 estudos empregaram o componente de treino de habilidades. Dos artigos revisados, somente quatro (5,5%) aplicaram o treino de habilidades de forma individual, e os demais aplicaram com os participantes em grupo. Quanto ao número de encontros da intervenção de treino de habilidades, três pesquisas não indicaram este dado, e o número médio de sessões de intervenção das demais pesquisas foi de 25 sessões. Das pesquisas revisadas, 24 não indicaram o tempo de duração de cada sessão de treino de habilidades. Das 48 que indicaram, a intervenção mais breve durou 26 minutos, a mais longa durou 180 minutos, e a média de duração foi de 114 minutos.

Quanto ao conteúdo das sessões de treino de habilidades, duas pesquisas não o descreveram e 37 pesquisas (51,3%) utilizaram os módulos padrões (Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar). Oito dos estudos (11,1%) utilizaram os módulos padrões com adaptação para participação de familiares ou cuidadores, sete dos estudos (9,7%) utilizaram somente um ou somente alguns dos módulos padrões, e outras 18 utilizaram os módulos padrões, com conteúdo adaptado para a população de interesse, por exemplo, população com abuso de substâncias, vítimas de violência doméstica, pessoas com Transtornos Alimentares ou com Transtorno do Stress Pós-Traumático (TEPT).

Instrumentos

Além do método de tratamento empregado em cada uma das pesquisas, vale analisar também a escolha metodológica dos instrumentos utilizados como medida de resultado pelos autores, visto que esta decisão é essencial na demonstração da eficácia da DBT. Todos os 72 estudos revisados tiveram seus resultados medidos por instrumentos aplicados em diferentes momentos do tratamento, usualmente antes do início do tratamento e novamente ao seu término.

As escalas mais utilizadas para medição dos resultados foram Beck Depression Inventory (BDI) (em 33,3% dos trabalhos), Treatment History Interview (THI) (19,4%), Symptom Checklist–90 (16,6%) e Suicide Attempt and Self-Injury Interview (SASII) (12,5%). Uma descrição detalhada dos instrumentos utilizados nas pesquisas revisadas pode ser encontrada no Apêndice B.

Ainda, alguns instrumentos foram utilizados não como medida de resultados, mas sim para triagem, estabelecimento de linha de base, critério de inclusão no estudo ou para traçar o perfil da população estudada. Alguns exemplos são o Structured Clinical Interview for DSM–IV (SCID), International Personality Disorder Examination Questionnaire (IPDEQ), e Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children: Present and Lifetime Version (KSADS-PL).

Quanto aos instrumentos, é possível perceber uma tendência de utilização como medida de resultado os sintomas de Psicopatologia, de forma geral, medidas específicas adequadas à população estudada, e instrumentos que medem os sintomas mais diretamente relacionados ao tratamento DBT – comportamentos suicidas e autolesões sem intencionalidade suicida, depressão, regulação emocional, ansiedade, dentre outros. O uso de aplicativo de celular como medida de resultado aparece em somente um dos estudos.

Ainda, os instrumentos foram classificados arbitrariamente por categorias de acordo com o que propuseram a investigar (APÊNDICE C). As categorias utilizadas e suas frequências podem ser encontradas no Apêndice C. Foram considerados instrumentos específicos aqueles escolhidos de acordo com a população estudada, por exemplo, instrumentos sobre comportamento alimentar utilizados para população com Transtornos Alimentares. Foram considerados instrumentos de contagem o número de internações psiquiátricas, número de episódios de automutilação, entre outros.

Vale a reflexão sobre de que forma é feita a escolha metodológica dos instrumentos utilizados, pois esta escolha pode, em alguns casos, enviesar os resultados encontrados. Para a presente pesquisa, a escolha dos instrumentos de resultados foi realizada de forma a incluir os principais sintomas demonstrados na população estudada, com base na revisão de literatura realizada e da análise dos instrumentos utilizados em pesquisas anteriores para participantes com demandas semelhantes.

Síntese

Sintetizados os resultados, é possível perceber que o treino de habilidades como parte de um programa DBT padrão apresenta resultados importantes para as principais demandas apresentadas por diversos tipos de população, e não somente pessoas com TPB. A eficácia da DBT em pessoas com TPB foi extensivamente demonstrada, e talvez este seja o momento de explorar sua aplicabilidade em pessoas que também apresentam ideação suicida, autolesões sem intencionalidade suicida ou ideação suicida, mas não necessariamente o diagnóstico de TPB. O TPB é um Transtorno complexo, multifatorial e muitas vezes com um longo período de exploração do quadro antes do diagnóstico, período este no qual uma intervenção como a DBT já poderia ser empregada. Especificamente no contexto do atendimento em CAPS, o processo complexo de diagnóstico de uma condição como o TPB pode levar um longo tempo, enquanto o sintoma de ideação suicida é mais facilmente identificado e pode ser manejado independente do diagnóstico.

Como indicado previamente, a importância de explorar a DBT em pessoas que apresentam ideação suicida, autolesões sem intencionalidade suicida ou tentativas de suicídio está relacionada com a possibilidade de uma intervenção efetiva mesmo que não seja fechado o diagnóstico de TPB, o que pode exigir um longo período de observação, visto a complexidade do Transtorno. A aplicação do treino de habilidades de forma isolada, que mostrou resultados

promissores em diversas pesquisas, faz com que a intervenção seja mais focal, concisa e que exija uma equipe menor, o que pode ser muito útil na lógica de terapeutas trabalhando em consultório ou no sistema público de saúde do Brasil, que apresenta diversas barreiras para um tratamento a longo prazo ou a formação de uma equipe DBT.

Quanto aos resultados de tratamentos para população com TPB, a DBT foi reconhecida como o melhor tratamento disponível, em uma revisão de Stoffers et al. (2012), superando, inclusive, intervenções farmacológicas. O treino de habilidades é uma importante parte da aplicação da DBT, e foi utilizado em todos os estudos revisados. No entanto, o componente da aquisição de habilidades, embora seja considerado crucial para que o indivíduo incorpore novas habilidades em seu repertório comportamental, foi explorado em apenas um dos estudos. Além disso, algumas pesquisas não atingiram os resultados esperados a partir do treino de habilidades, e apenas um dos estudos realizados (Waltz et al., 2009) verificou a aquisição da habilidade treinada. Resta a dúvida quanto a se os participantes realmente haviam adquirido o conhecimento sobre a habilidade e se sabiam o que fazer com a habilidade adquirida em ambientes verbais diferentes da sessão. Ainda, nenhuma pesquisa foi aplicada em um contexto de saúde pública semelhante ao do Brasil, mais especificamente ao do CAPS, que representa uma realidade diferente da dos estudos apresentados. Isso indica a importância de um estudo neste contexto para explorar a aplicabilidade da DBT e de que forma esta pode ser adaptada para utilizar as potencialidades e suprir as barreiras do nosso sistema de saúde.

Frente a essas lacunas, o presente estudo hipotetizou que a aplicação de um treino de habilidades baseadas na DBT iria aumentar o conhecimento adquirido pelos participantes sobre as habilidades treinadas. Uma segunda hipótese foi a de que existiria uma correlação entre o conhecimento adquirido pelos participantes quanto às habilidades e os comportamentos realizados na vida diária para cada participante.

Objetivos

Portanto, o presente estudo teve o objetivo de avaliar o conhecimento adquirido em um treino de habilidades baseado na DBT por pessoas que apresentam sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial de Curitiba/PR. Desta forma, ainda que o treino de habilidades seja composto pelos componentes de aquisição e fortalecimento de habilidades, neste estudo foi explorada somente a aquisição. Além disso, o estudo visou verificar a correlação entre o conhecimento adquirido e os comportamentos relatados na vida diária para cada participante.

Para tanto, foi adaptado o treino de habilidades sugerido no manual (Linehan, 2018) para um programa de atendimentos em grupo de oito semanas para aplicação em um Centro de Atenção Psicossocial de Curitiba/PR; Aplicada a intervenção por meio de oito semanas de treino de habilidades em grupo; Avaliado em cinco fases distintas o conhecimento adquirido pelos participantes sobre as habilidades treinadas no programa de oito semanas; e avaliada a correlação entre o conhecimento adquirido e os comportamentos realizados na vida diária para cada participante.

Método

Participantes

Foram recrutados dezoito indivíduos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Curitiba/PR com características diagnósticas de Transtorno de Personalidade Borderline. Foram incluídos participantes acima de 18 anos de idade, que estivessem inseridos no CAPS, que atingissem pontuação mínima em entrevista de avaliação e verificação do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline, e que não atingissem pontuação mínima em entrevista de conhecimento de habilidades. O participante deveria, ainda, aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos participantes que não tivessem seus

diagnósticos identificados pelos critérios preenchidos durante entrevista (Apêndice E), que não tivessem a escolaridade de Ensino Fundamental completo ou que tivessem como comorbidade manifestações de psicose. Destes participantes, nove foram selecionados para intervenção e nove continuaram com seu tratamento usual. O tratamento usual de cada indivíduo era diferente, e dependia do estabelecido no seu Plano Terapêutico Singular (PTS). Poderia abarcar atendimento com Psiquiatra, atendimentos em grupo, atendimentos individuais, permanência no espaço do CAPS ao longo do dia e atividades benéficas que o indivíduo realizasse fora do CAPS, dentre outros.

Local

As entrevistas e aplicação do protocolo foram realizadas nas dependências de um CAPS Transtornos Mentais da cidade de Curitiba/PR, pela psicóloga responsável pela condução da pesquisa, que trabalha no serviço. A aplicação aconteceu em uma sala do serviço, que estava reservada para a execução dos atendimentos individuais e grupais nos horários estabelecidos. Mais informações sobre a rotina da unidade encontram-se no Apêndice D.

O CAPS no qual a pesquisa foi realizada encontra-se no Município de Curitiba/PR, e a sala na qual a pesquisa foi aplicada é ampla, composta por mesa e cadeiras e adequada para a execução dos atendimentos em grupo.

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, e no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR, sob número de parecer 3.080.063.

Instrumentos

Medida de avaliação e verificação do diagnóstico (Apêndice E): Escala elaborada para o presente estudo a partir de critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (APA, 2014) para Transtorno de Personalidade Borderline. Conforme o manual, foram selecionados para a pesquisa participantes que tivessem, pelo menos, cinco dos sintomas listados na medida. A medida foi preenchida pela psicóloga entrevistadora com base em entrevista semiestruturada realizada com o participante, buscando investigar a presença dos itens diagnósticos.

Entrevista de conhecimento de habilidades (Apêndice F): Entrevista semiestruturada elaborada para o presente estudo, foi utilizada como critério de inclusão de participantes no estudo. Os participantes selecionados para a pesquisa deveriam ter no máximo um acerto no instrumento de aprendizado.

Roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice G): Roteiro elaborado para a presente pesquisa com base em Silhares e Gongora (1998). A entrevista contém dados pessoais, dados familiares, socioeconômicos e dados relacionados com a doença e tratamento. O roteiro foi complementado por dados de revisão do prontuário.

Questionário de Aquisição de Habilidades (Apêndice I): elaborado para o presente estudo com base no Opposite Action Knowledge Questionnaire (Waltz & Dimeff, 1999). O questionário elaborado contém 20 itens, avaliando os conceitos mais importantes envolvidos nas habilidades treinadas, divididos nos quatro módulos principais. Cada uma das questões conteve: (a) uma alternativa correta; (b) uma alternativa com a opção ‘não sei’; (c) outras três alternativas erradas que foram selecionadas aleatoriamente, por meio de software de escolhas aleatórias, em cada uma das cinco aplicações.

Para a escolha das questões de cada questionário, bem como a ordem das alternativas, foi utilizado o seguinte procedimento: foram elaborados, ao total, cinco modelos de questionário, correspondentes à cinco aplicações para cada um dos dezoito participantes. Para

cada uma das questões, em cada questionário, foi sorteado, primeiramente, a posição da alternativa correta (que poderia ser na letra a, b, d ou d), e então, foram sorteadas, dentre as quinze alternativas erradas, as três que seriam utilizadas na questão. O sorteio foi realizado por meio do software de escolha aleatória de números do Google.

Uma vez que cinco modelos de questionário foram elaborados, foram distribuídas cópias de cada um dos modelos para 12 acadêmicos e mestrandos de Psicologia da Universidade Federal do Paraná, para que fosse realizada uma revisão do conteúdo e aplicabilidade. Os participantes responderam aos questionários e sugeriram alterações no conteúdo, que foram realizadas. Além disso, os cinco modelos foram revisados no que diz respeito à possibilidade de dedução de alternativas corretas, e algumas modificações foram realizadas para evitá-las.

Questionário de satisfação com o tratamento (Apêndice J): Questionário semiestruturado desenvolvido para o presente estudo, contém perguntas sobre a experiência do participante, pontos positivos e negativos do tratamento e possíveis adaptações.

Inventário de Habilidades Sociais (IHS) (Anexo A): elaborado e validado por Del Prette e Del Prette (2001) (Alfa de Cronbach de 0,75). O instrumento prevê um auto relato, utilizado para identificar o repertório de habilidades sociais para situações interpessoais cotidianas, é de fácil aplicação e tabulação, e permite identificar classes iniciais e subclasses de habilidades sociais, que se caracterizam como deficitárias ou como recursos disponíveis no repertório do respondente. É composto por 38 itens, cada um descrevendo uma situação de interação social e uma possível reação a ela, e o respondente deve avaliar a frequência com que age ou sente: nunca ou raramente (escore 0); com pouca frequência (escore 1); com regular frequência (escore 2); muito frequentemente (escore 3); sempre ou quase sempre (escore 4).

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Anexo B): Desenvolvido originalmente por Spielberg, Gorsuch e Lushene (1970) e adaptado por Biaggio (1990), sendo a versão atual validada por Kaipper, Chachamovich, Hidalgo, Torres e Caumo (2010), com

indicadores de precisão superiores a 0,7. É uma escala de auto relato, dividida em duas subescalas – a de ansiedade como estado, que mensura a condição temporária de ansiedade, e a de ansiedade como traço, que mensura o padrão mais estável e usual de ansiedade. Cada uma das subescalas é composta por 20 afirmações, e a pontuação é dada por uma escala tipo Likert, com escores para item individual variando de 1 (“quase nunca”) a 4 (“quase sempre”).

Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) (Anexo C): Desenvolvida originalmente por Hamilton (1960), com o primeiro estudo realizado no Brasil por Dractu, Ribeiro e Calil (1987). Tem como base a avaliação de sintomas somáticos da síndrome depressiva, sendo sensível a detectar mudanças ao longo das semanas. A escala tem originalmente 17 itens, englobando categorias de humor, cognitivas, somáticas, motoras, sociais e de ansiedade. Cada um dos 17 itens é pontuado de acordo com o grau de presença e intensidade de apresentação do sintoma. A aplicação é feita pelo profissional com base na presença/ausência dos sintomas na última semana, a partir de entrevista semiestruturada (Gorenstein, Wang, & Hungerbühler, 2016).

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS) (Anexo D): Originalmente desenvolvida por Gratz e Roemer (2004), e traduzida e adaptada para a versão portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias (2010) (alfa de 0,93). A escala pretende avaliar dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas, a partir de quatro facetas da regulação emocional: (a) consciência e a compreensão das emoções, (b) aceitação das emoções, (c) capacidade para controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objetivos desejados e (d) a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente para modular as respostas emocionais de um modo flexível. A escala é pontuada de modo que escores mais altos refletem um maior comprometimento na desregulação emocional.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - Subparte C Risco de Suicídio (Anexo E): O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos),

compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, desenvolvido por Sheehan et al. (1998) e validado no Brasil por Amorim (2000). Cada item é correspondente a uma pontuação, e as diretrizes para correção são: De 1-5 pontos, baixo risco de suicídio, de 6-9 pontos, risco moderado de suicídio, e acima de 10 pontos, alto risco de suicídio.

Borderline Symptoms List (BSL-23) (Anexo F): Originalmente desenvolvida por Bohus et al. (2009). É um instrumento de autoavaliação com 23 itens que permite avaliar a sintomatologia do Transtorno de Personalidade Borderline. A escala é pontuada de 0 a 4, correspondente a afirmativas sobre como o participante percebeu os sintomas na semana anterior à avaliação (0 = nada; 1 = um pouco; 2 = consideravelmente; 3 = muito; 4 = muito fortemente).

Borderline Symptoms List Supplement (BSL-S) (Anexo G): Instrumento de avaliação com 11 itens que complementa a escala BSL-23 com sintomas suplementares do TPB. O participante deve assinalar com que frequência, de 0 a 4, sentiu cada um dos 11 sintomas ao longo da última semana. Os sintomas dizem respeito ao estado pessoal geral e o questionário possui itens sobre automutilação, tentativas de suicídio, ideação suicida, compulsão alimentar e comportamentos de risco.

Delineamento do estudo

O estudo consistiu em um delineamento de linha de base múltipla entre respostas com replicação entre os sujeitos e um delineamento de base múltipla intersujeitos, em que se esperou que o conhecimento adquirido sobre cada uma das habilidades ensinadas seja mantido nos níveis de linha de base até que a apresentação do treino de uma nova habilidade seja realizada.

Procedimento

Inicialmente, foi realizada uma reunião com a equipe do CAPS no qual a pesquisa ocorreu para explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Uma vez que um participante tivesse sido selecionado por meio de triagem de prontuários, foi realizado contato telefônico e agendada uma entrevista com o participante para realizar entrevista de avaliação e verificação do diagnóstico e de conhecimento de habilidades. Caso o indivíduo não preenchesse critérios na entrevista, não foi convidado para participar do estudo e seguiu com seu atendimento no CAPS, sem que este fosse prejudicado. Caso o participante viesse a preencher os critérios, era realizada nova entrevista para explicação do estudo e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice H).

Uma vez que a pessoa aceitasse participar do estudo, foi agendada uma entrevista em grupo com duração de 90 minutos para aplicação dos seguintes instrumentos: (1) Roteiro de entrevista semiestruturado; (2) Inventário de Habilidades Sociais (IHS); (3) Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); (4) Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D); (5) Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS); (6) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); (7) Borderline Symptoms List (BSL-23); (8) Questionário de Aquisição de Habilidades. Foi realizada, ainda, revisão do prontuário para coleta de informações prévias, que complementaram a entrevista semiestruturada.

Ao final da entrevista inicial, nove dos participantes foram convidados para participar da intervenção, e nove dos participantes seguiram com seu tratamento usual, e foram convidados para uma nova aplicação do questionário de aquisição de habilidades a cada duas semanas. Esta escolha foi por conveniência, realizada com base em horários em comum e possibilidade de participação no grupo. Para os participantes que passaram pela intervenção, foi repassado o horário do grupo de desenvolvimento de habilidades que os participantes deveriam participar em conjunto. Dessa forma, a pesquisa foi composta por oito encontros em

grupo semanais com nove dos participantes da pesquisa, para desenvolvimento de habilidades, com duração de 90 minutos.

O plano de estrutura das sessões em grupo foi produzido com base no indicado por Linehan (1993) e Linehan (2018). Foram estruturadas da seguinte forma:

Sessão 01: Habilidades de mindfulness;

Sessão 02: Habilidades de mindfulness;

Sessão 03: Habilidades de efetividade interpessoal;

Sessão 04: Habilidades de efetividade interpessoal;

Sessão 05: Habilidades de regulação emocional;

Sessão 06: Habilidades de regulação emocional;

Sessão 07: Habilidades de tolerância ao mal-estar;

Sessão 08: Habilidades de tolerância ao mal-estar.

Um maior detalhamento do conteúdo das sessões pode ser encontrado no Apêndice K.

A medida para avaliação do conhecimento adquirido, o Questionário de Aquisição de Habilidades, foi aplicado em cinco momentos: (1) Antes do início da intervenção; (2) Na sessão 03; (3) Na sessão 05; (4) Na sessão 07; (5) Ao término da intervenção. Como o questionário contém dados sobre todos os quatro módulos. Dessa forma foi verificado o conhecimento adquirido sobre cada módulo de habilidade antes e depois que este tivesse sido aplicado.

Após conclusão das oito semanas, uma nova entrevista foi agendada com os participantes para reaplicação dos seguintes instrumentos: (2) Inventário de Habilidades Sociais (IHS); (3) Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); (4) Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D); (5) Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS); (6) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); (7) Borderline Symptoms List (BSL-23); (8) Questionário de Aquisição de Habilidades; e (9) Medida de satisfação com o tratamento. Nessa entrevista foi também realizada devolutiva quanto ao estudo, com feedback e discussão de

estratégias para generalização das habilidades adquiridas. Após o término da pesquisa e análise dos dados, foi realizada nova reunião com a equipe do CAPS para devolutiva dos resultados. Os procedimentos encontram-se resumidos na Figura 1 e Tabela 1.

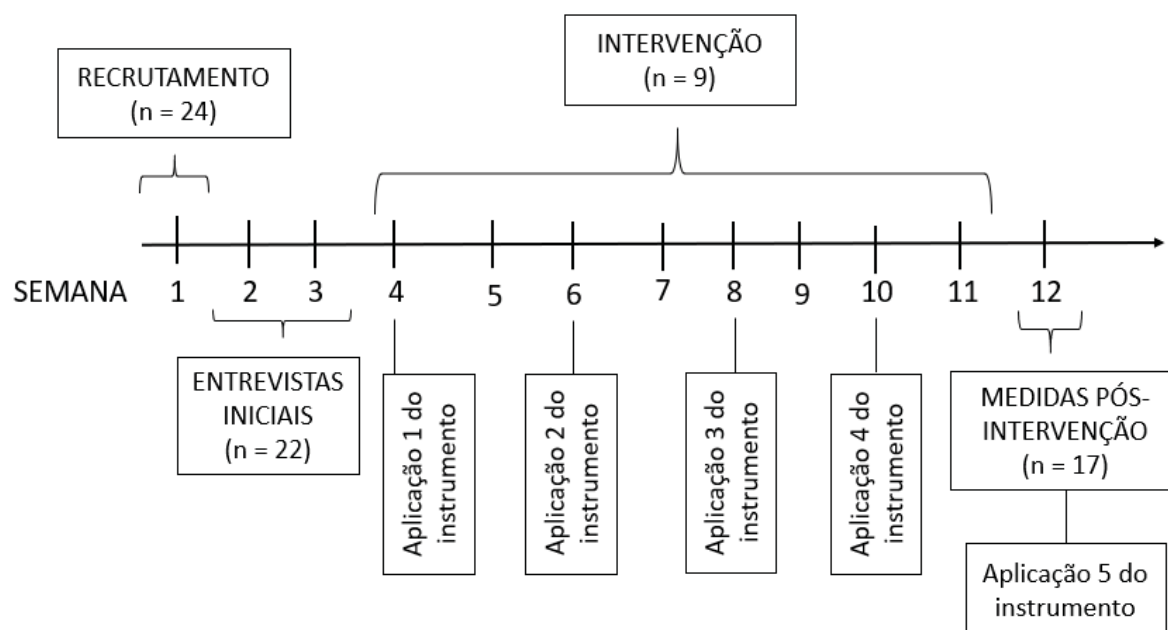


Figura 1. Procedimentos ao longo das 12 semanas e número de participantes em cada grupo

TABELA 1

Descrição dos procedimentos em cada fase do estudo

Fase	Descrição	
Recrutamento	Reunião com equipe do CAPS	Reunião com equipe Multidisciplinar e Coordenação do CAPS para explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa
	Recrutamento de participantes	Abordagem inicial com os participantes selecionados e agendamento de entrevista pré-pesquisa
	Entrevista pré-pesquisa	Entrevista com aplicação de medida de avaliação e verificação do diagnóstico e Entrevista de conhecimento de habilidades, com posterior convite para participação na pesquisa

Entrevistas iniciais	Coleta de dados	Entrevista inicial com participante constituída pela apresentação do estudo e do TCLE (Apêndice H)
	Coleta de dados – Participante	Entrevista para aplicação dos instrumentos: (1) Roteiro de entrevista semiestruturado; (2) Inventário de Habilidades Sociais (IHS); (3) Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); (4) Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D); (5) Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS); (6) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); (7) Borderline Symptoms List (BSL-23); e (9) Questionário de Aquisição de Habilidades – Aplicação 1
Intervenção	Atendimento em grupo 1	Habilidades de <i>mindfulness</i>
	Atendimento em grupo 2	Habilidades de <i>mindfulness</i>
	Atendimento em grupo 3	Questionário de Aquisição de Habilidades – Aplicação 2 Habilidades de efetividade interpessoal
	Atendimento em grupo 4	Habilidades de efetividade interpessoal
	Atendimento em grupo 5	Questionário de Aquisição de Habilidades – Aplicação 3 Habilidades de regulação emocional
	Atendimento em grupo 6	Habilidades de regulação emocional
	Atendimento em grupo 7	Questionário de Aquisição de Habilidades – Aplicação 4 Habilidades de tolerância ao mal-estar
	Atendimento em grupo 8	Habilidades de tolerância ao mal-estar
Medidas pós-intervenção	Atendimento pós-intervenção	Entrevista para reaplicação dos instrumentos: (2) Inventário de Habilidades Sociais (IHS); (3) Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); (4) Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D); (5) Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS); (6) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); (7) Borderline Symptoms List (BSL-23); (8) Questionário de Aquisição de Habilidades – Aplicação 5, (09) Questionário de satisfação com o tratamento e devolutiva quanto ao estudo, com feedback e discussão de

	estratégias para generalização das habilidades.
Reunião com equipe do CAPS	Após o término da pesquisa e análise dos dados foi realizada nova reunião com a equipe do CAPS para apresentação dos resultados.

Nos dias 12, 13 e 14 de março de 2019 foi realizada a triagem de 179 prontuários, correspondente ao número de usuários ativos no serviço. A triagem seguiu a ordem de verificação dos seguintes critérios de inclusão e exclusão: (1) Estar inserido no serviço; (2) Manifestação de psicose; (3) Ensino fundamental completo; (4) Aparente preenchimento de critérios diagnósticos para participação no estudo. O resultado da triagem de prontuários encontra-se na tabela a seguir:

TABELA 2

Razões da exclusão de participantes a partir da triagem inicial de prontuários

Motivo da exclusão	Número de prontuários
Residência Terapêutica	12
Processo de Alta	09
Manifestação de Psicose	106
Ensino Fundamental Incompleto	03
Sem Critérios Diagnósticos	20

Foram excluídos do estudo usuários que não se encontram inseridos no serviço – em primeiro lugar, usuários que estivessem alocados em Residências Terapêuticas, pois estes recebiam suporte do CAPS na própria Residência, não frequentando o serviço, e então, usuários que já estivessem em processo de alta, e em breve deixariam de comparecer ao serviço. Foram excluídos usuários em cujos prontuários constava manifestação de psicose, e então, os que não

tivessem cursado o Ensino Fundamental completo. Por fim, foram excluídos usuários que estivessem inseridos, não apresentassem manifestação de psicose e tivessem cursado o Ensino Fundamental, mas que, contudo, não apresentassem os critérios diagnósticos estabelecidos para o estudo.

Desta forma, foram selecionados 29 possíveis participantes a partir da triagem de prontuários. Ao longo de uma semana, a pesquisadora entrou em contato presencialmente com cada técnico de referência responsável pelos participantes pré-selecionados e apresentou uma lista na qual contavam os participantes que a pesquisadora pretendia convidar para a pesquisa. Cada técnico de referência indicou, então, a viabilidade de que este participante fosse convidado a participar, levando em consideração seu PTS atual e continuidade do tratamento. Foram consultados, ao todo, seis técnicos de referência, e por meio deste primeiro filtro, cinco participantes pré-selecionados foram impossibilitados de participar da pesquisa. Todos eles pelo motivo de estarem com planejamento de alta.

A seguir, os 24 participantes pré-selecionados restantes foram convidados a realizar a entrevista inicial voltada para os critérios de inclusão, para então, serem selecionados ou não para participar da pesquisa. Estas pessoas foram contactadas pela pesquisadora no ambiente do CAPS, quando possível, e via telefone, nos demais casos. De todos os participantes contatados, somente um não participou da entrevista inicial, por não ter interesse. Além disso, um participante agendou a entrevista e não compareceu. Foi realizada a entrevista inicial com 22 participantes, dos quais, três não preencheram os requisitos mínimos para inclusão no estudo. Destes, um não poderia participar dos encontros por conta de rotina de trabalho, e outros dois pontuaram apenas uma questão na Medida de avaliação e verificação do diagnóstico.

Após verificação dos critérios de inclusão, os 19 participantes restantes foram convidados a participar da pesquisa – dez deles foram convidados a participar do grupo experimental, que passaria pela intervenção em grupo, e nove foram convidados a participar

respondendo aos questionários enquanto seguiam com seu tratamento usual. Dos participantes convidados, apenas um recusou-se a participar dos encontros, por não ter mais interesse na pesquisa. Sendo assim, os grupos constituíram-se de nove participantes no grupo experimental e nove no grupo controle.

Foi realizada a entrevista inicial e preenchimento dos questionários com todos os 18 participantes. A frequência dos nove participantes do grupo experimental nos encontros foi regular, sendo que houve algumas faltas, que não impossibilitaram a continuidade da intervenção. Nenhum participante faltou mais do que uma vez. No grupo controle, foram agendadas a cada duas semanas novos encontros com a pesquisadora, em grupo, para que fossem aplicados os questionários de aprendizado. Nas ocasiões em que algum participante não pôde participar do grupo, foi agendada uma entrevista individual em horário alternativo para aplicação do questionário. Em todos os finais de encontro em grupo, tanto experimental, quanto controle, foram oferecidos biscoitos e café.

Durante o processo de intervenção, um dos participantes do grupo controle foi internado em hospital integral, impossibilitando a continuidade da participação. Sendo assim, a análise de dados foi realizada para 17 participantes, nove do grupo experimental e oito do grupo controle.

Análise dos dados

A análise de dados foi realizada com auxílio do Laboratório de Estatística Aplicada (LEA) da Universidade Federal do Paraná. Para tanto, foram realizadas três reuniões presenciais. Na primeira delas foi apresentado o objetivo do estudo e dados iniciais sobre quantos participantes havia na pesquisa e qual a metodologia empregada. O estatístico do LEA passou à pesquisadora orientações sobre como organizar os dados coletados em tabelas no

Excel. Os dados foram organizados e enviados ao estatístico, que enviou por e-mail, um relatório inicial com a análise descritiva dos dados.

Os dados descritivos do instrumento de aprendizado, aplicado em cinco momentos, foram condensados em tabelas de acordo com suas médias, desvio padrão, mínimo, máximo e frequências relativas. Com base neste relatório inicial, foi realizada uma reunião de orientação entre pesquisadora e orientadora para que fossem elaboradas as principais hipóteses do estudo a serem testadas pelo estatístico. Estas hipóteses foram levadas a uma segunda reunião entre pesquisadora e estatístico, e com base nelas foi realizada pelo estatístico um segundo relatório com a análise inferencial dos dados. As hipóteses repassadas para o estatístico foram: (1) para os instrumentos pré-intervenção e pós-intervenção haveria diferenças de escores entre as duas aplicações somente para o grupo experimental; (2) para o instrumento de aprendizado, a cada nova apresentação de uma variável haveria um conjunto de respostas certas significativamente superior à aplicação anterior, somente para o grupo experimental, enquanto que para o grupo controle os escores se manteriam em linha de base.

A fim de verificar se houve diferenças significativas quanto às Habilidades Sociais, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon nos escores do IHS. Para verificar se houve diferenças significativas quanto à ansiedade, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon nos escores do IDATE-T para verificação da ansiedade como Traço, e do IDATE-E, para verificação da ansiedade como estado. Para verificar se houve diferenças significativas quanto à depressão, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon nos escores do HAM-D. A fim de verificar se houve diferenças significativas quanto à Desregulação Emocional, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon nos escores do DERS. Para verificar se houve diferenças significativas quanto ao Risco de Suicídio, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon nos escores do MINI. Para verificar se houve diferenças significativas quanto à sintomatologia do Transtorno de Personalidade Borderline, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon

nos escores do BSL-23, bem como do BSL-S, para análise de sintomas suplementares. Todos os testes não paramétricos de Wilcoxon foram complementados por meio do teste dms. Por fim, para verificar se houve diferenças significativas quanto ao aprendizado dos participantes em cada um dos módulos aplicados, foi aplicado o teste de Friedman nos escores do Questionário de Aquisição de Habilidades.

Resultados

Na presente seção, os resultados são expostos na seguinte ordem: sexo, diagnósticos, idade, estado civil e escolaridade dos participantes, medidas descritivas escores dos instrumentos aplicados antes e depois da intervenção, comparação entre momentos antes e depois da intervenção nos escores de Habilidades Sociais, ansiedade como traço, ansiedade como estado, depressão, desregulação emocional, risco de suicídio, sintomas do TPB, sintomas suplementares do TPB e evolução do aprendizado dos participantes em cada um dos módulos.

Ao conduzir as análises inferenciais no que diz respeito às Habilidades Sociais, constatou-se que não houve diferença significativa entre os momentos antes e depois da intervenção em quaisquer um dos grupos. Para o índice de Ansiedade como Traço, houve uma redução estatisticamente significativa dos escores em ambos grupos. Já para a Ansiedade como estado, houve também uma redução estatisticamente significativa, mas apenas no grupo experimental. Para o índice de depressão houve uma redução significativa dos escores apenas no grupo experimental. Quanto à desregulação emocional, percebe-se também que houve uma redução significativa dos escores apenas no grupo experimental. Já para o índice de risco de suicídio, não houve diferença significativa entre os momentos antes e depois da intervenção em quaisquer um dos grupos. A análise dos sintomas característicos do TPB, indica que houve redução significativa dos escores apenas no grupo experimental, tanto na análise dos sintomas

mais comuns quanto dos sintomas suplementares. Quanto ao aprendizado dos participantes, no decorrer dos módulos, a análise estatística indicou que existiu um aumento significativo no número de acertos após aplicação de todos os módulos, apenas no grupo experimental, e que este número se manteve estável até o final do experimento.

Os dados sociodemográficos dos 17 participantes, coletados por meio da entrevista inicial, são apresentados por meio de tabelas a seguir.

TABELA 3

Sexo dos participantes da pesquisa

Sexo	f	%
Masculino	6	35.29
Feminino	11	64.71
Total	17	100

TABELA 4

Diagnóstico dos participantes da pesquisa (CID 10)

Diagnóstico	f	%
F60	7	41.18
F33	3	17.65
F31	6	35.29
F41	1	5.88
F32	1	5.88
F50	1	5.88
F44	1	5.88
F43	1	5.88
Total*	17	100.00

Legenda: F60 - Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; F33 – Transtornos do Humor [Afetivos]; F31 – Transtorno Afetivo Bipolar; F41 – Outros transtornos ansiosos; F32 - Episódio depressivo; F50 - Transtornos da alimentação; F44 - Transtornos dissociativos [de conversão]; F43 - Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação

* resposta múltipla

TABELA 5

Idade dos participantes da pesquisa

Idade	
Média	27.24
Mediana	27
N	17
DP	6.26
Mínimo	18
Máximo	38

TABELA 6

Estado civil dos participantes da pesquisa

Estado Civil	f	%
Solteiro	14	82.35
Casado	3	17.65
Total	17	100

TABELA 7

Escolaridade dos participantes da pesquisa

Escolaridade	f	%
Ensino Fundamental Completo	5	29.41
Ensino Médio Completo	9	52.94
Ensino Superior Incompleto	2	11.76
Ensino Superior Completo	1	5.88
Total	17	100

Quanto à avaliação do aprendizado dos participantes ao longo dos módulos, são apresentadas a seguir as figuras contendo a avaliação de cada um dos quatro módulos aplicados. Índices detalhados da análise do instrumento de aprendizagem podem ser encontrados em tabelas no Apêndice L.

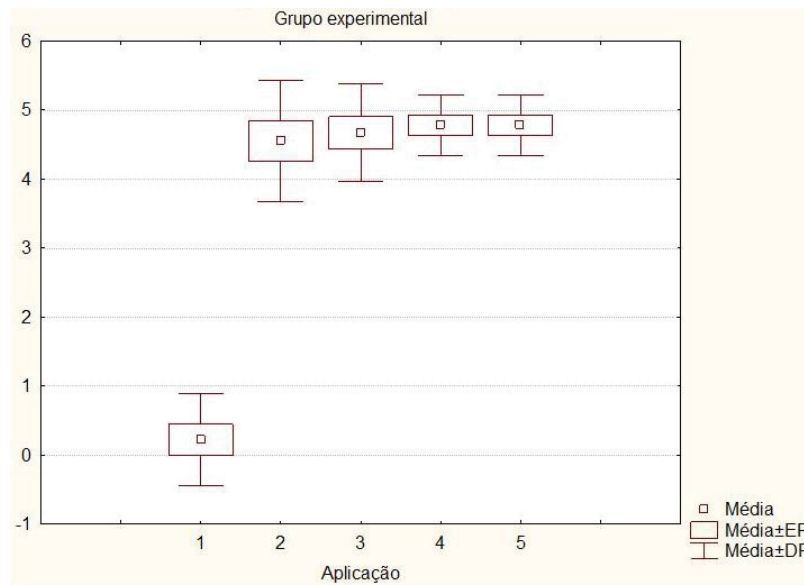


Figura 2: Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 1 ao longo das aplicações – Acertos do grupo experimental

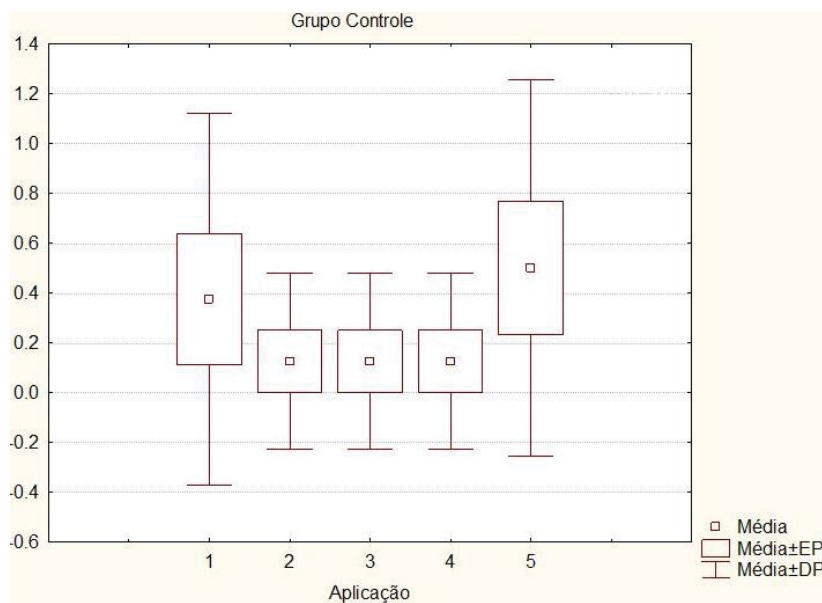


Figura 3: Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 1 ao longo das aplicações – acertos do grupo controle

Para o módulo 1, a análise indicou evolução significativa apenas no grupo experimental ($p=0.00001$). O teste dms aponta que a partir da aplicação 2, houve um aumento significativo no número de acertos, número este que se manteve estável até o final do experimento.

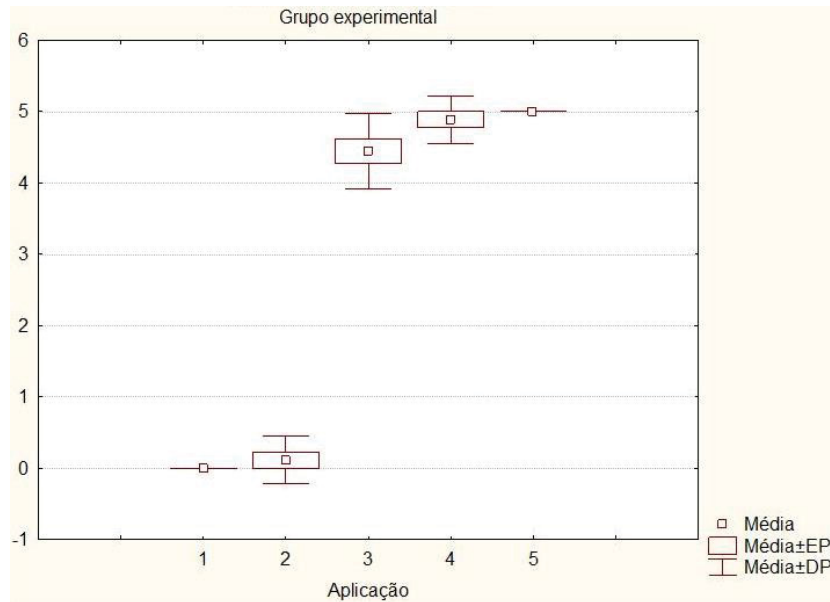


Figura 4: Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 2 ao longo das aplicações
– acertos do grupo experimental

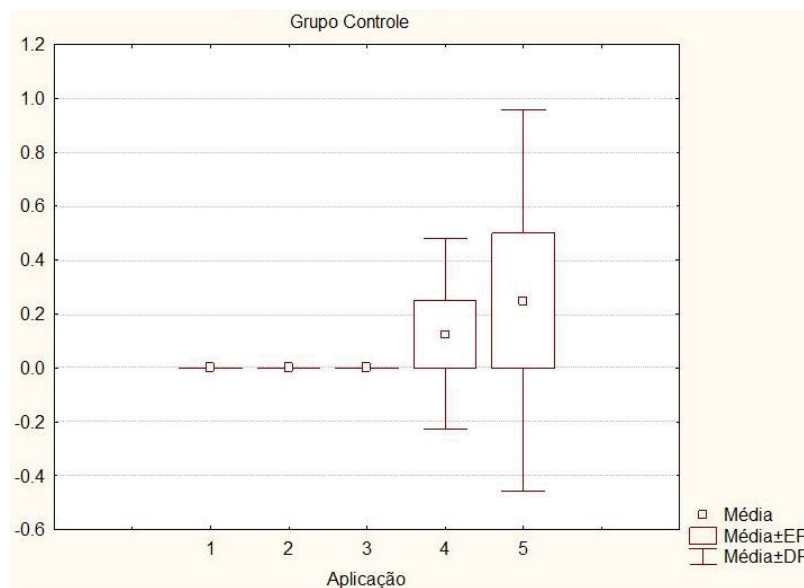


Figura 5: Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 2 ao longo das aplicações
– acertos do grupo controle

A análise estatística indicou que para o módulo 2 houve evolução estatisticamente significativa apenas no grupo experimental ($p=0.00001$). A partir da aplicação 3, segundo a teste dms, houve um aumento significativo no número de acertos, número este que se manteve estável até o final do experimento.

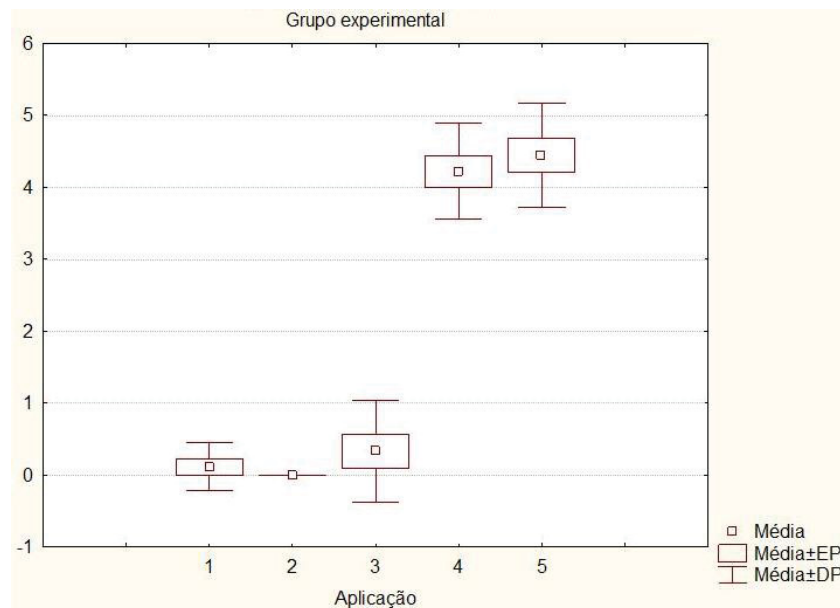


Figura 6: Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 3 ao longo das aplicações
– acertos do grupo experimental

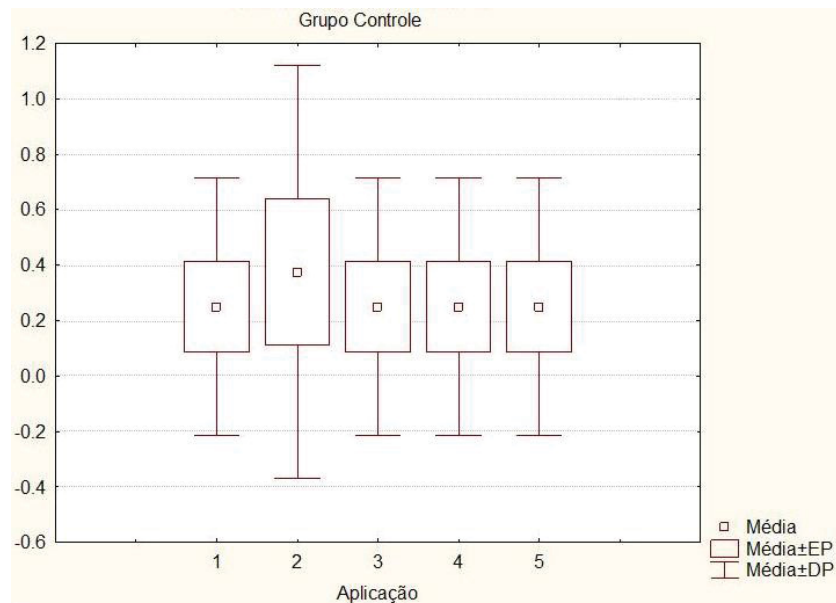


Figura 7: Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 3 ao longo das aplicações
– acertos do grupo controle

Para o módulo 3, verifica-se que houve evolução estatisticamente significativa apenas no grupo experimental ($p=0.00001$). O teste dms indicou que, a partir da aplicação 4, houve um aumento significativo no número de acertos, número este que se manteve estável até o final do experimento.

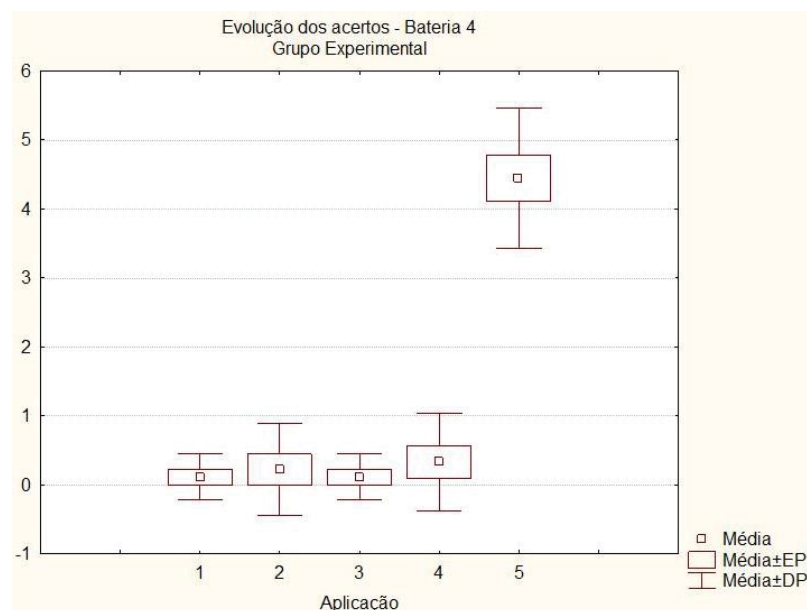


Figura 8: Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 4 ao longo das aplicações
– acertos do grupo experimental

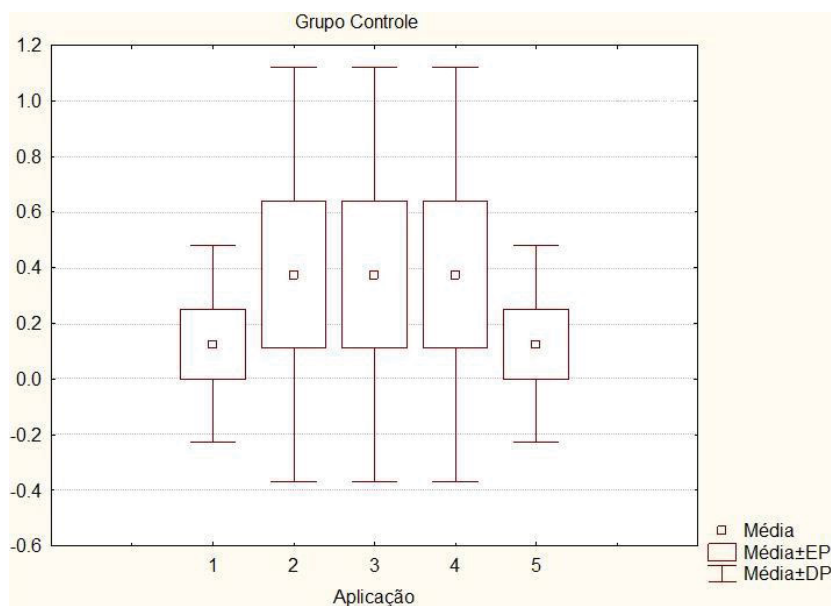


Figura 9: Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 4 ao longo das aplicações – acertos do grupo controle

Por fim, para o módulo 4 verificou-se evolução estatisticamente significativa apenas no grupo experimental ($p=0.00001$). O teste dms indicou que, a partir da aplicação 5, houve um aumento significativo no número de acertos, número este que se manteve estável até o final do experimento.

Quanto aos instrumentos aplicados antes da intervenção e após a intervenção, os dados descritivos dos questionários foram condensados em duas tabelas, uma dos instrumentos antes e outra dos instrumentos depois da intervenção. As tabelas são apresentadas a seguir.

TABELA 8

Medidas descritivas escores dos instrumentos aplicados – antes da intervenção

	IHS	IDATE-T	IDATE-E	HAM-D	DERS	MINI	BSL-23	BSL-S
Média	84.24	66.12	62.82	21.06	139.35	4.94	84.94	20.76
Mediana	89	66	60	21	133	5	81	20
n	17	17	17	17	17.00	17	17	17
DP	28.01	6.42	8.16	6.62	20.09	1.20	13.25	4.87
Mínimo	27	53	53	9	107	2	68	14
Máximo	131	77	80	33	176	6	108	31

TABELA 9

Medidas descritivas escores dos instrumentos aplicados – depois da intervenção

	IHS	IDATE-T	IDATE-E	HAM-D	DERS	MINI	BSL-23	BSL-S
Média	82.35	61.82	55.82	18.12	127.18	4.71	78.82	18.29
Mediana	90	62	54	20	124	5	80	17
n	17	17	17	17	17.00	17	17	17
DP	22.25	6.60	7.16	5.75	17.53	1.26	15.24	5.25
Mínimo	31	48	46	6	103	2	57	13
Máximo	114	74	72	27	159	6	107	30

TABELA 10

Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Habilidades Sociais

	Antes			Depois			Teste	
Grupo	Média	n	DP	Média	n	DP	T	p
Experimental	82.33	9	29.09	78.67	9	19.18	14	0.31
Controle	86.38	8	28.58	86.50	8	25.96	15.5	0.73
Total	84.24	17	28.01	82.35	17	22.25		

Quanto às análises inferenciais, verificou-se que não houve diferença significativa ($p>0.05$) entre os momentos antes e depois da intervenção nos escores de Habilidades Sociais, a partir da aplicação do instrumento IHS, tanto para o grupo experimental como para o grupo controle.

TABELA 11

Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Ansiedade como traço

Grupo	Antes			Depois			Teste	
	Média	n	DP	Média	n	DP	T	p
Experimental	66.78	9	3.63	62.22	9	4.44	0	0.008
Controle	65.38	8	8.83	61.38	8	8.75	0	0.012
Total	66.12	17	6.42	61.82	17	6.60		

Quanto à ansiedade como Traço, observou-se que houve diferença significativa ($p < 0.05$) entre os momentos antes e depois da intervenção na aplicação do instrumento IDATE-T, tanto para o grupo experimental como para o grupo controle, sendo que nos dois grupos houve uma redução significativa dos escores.

TABELA 12

Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Ansiedade como Estado

Grupo	Antes			Depois			Teste	
	Média	n	DP	Média	n	DP	T	p
Experimental	63.78	9	8.97	52.44	9	4.93	0	0.008
Controle	61.75	8	7.59	59.63	8	7.63	11	0.33
Total	62.82	17	8.16	55.82	17	7.16		

Já quanto à ansiedade como estado, a análise indica que houve diferença significativa ($p < 0.05$) entre os momentos antes e depois da intervenção na aplicação do instrumento IDATE-E apenas no grupo experimental, no qual houve uma redução significativa dos escores.

TABELA 13

Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Depressão

Grupo	Antes			Depois			Teste	
	Média	n	DP	Média	n	DP	T	p
Experimental	21.89	9	8.07	16.44	9	6.33	0	0.008
Controle	20.13	8	4.88	20.00	8	4.72	2	0.59
Total	21.06	17	6.62	18.12	17	5.75		

Quanto ao índice de depressão, verificou-se que houve diferença significativa ($p < 0.05$) entre os momentos antes e depois da intervenção na aplicação do instrumento HAM-D apenas no grupo experimental, no qual houve uma redução significativa dos escores.

TABELA 14

Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Desregulação emocional

Grupo	Antes			Depois			Teste	
	Média	n	DP	Média	n	DP	T	p
Experimental	143.67	9	20.06	124.11	9	17.09	0	0.008
Controle	134.50	8	20.28	130.63	8	18.52	3.5	0.042
Total	139.35	17	20.09	127.18	17	17.53		

Quando à desregulação emocional, verificou-se que houve diferença significativa ($p < 0.05$) entre os momentos antes e depois da intervenção na aplicação do instrumento DERS apenas no grupo experimental, no qual houve uma redução significativa dos escores.

TABELA 15

Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Risco de suicídio

Grupo	Antes			Depois			Teste	
	Média	n	DP	Média	n	DP	T	p
Experimental	4.56	9	1.42	4.11	9	1.36	0	0.11
Controle	5.38	8	0.74	5.38	8	0.74	0	1

Total	4.94	17	1.20	4.71	17	1.26
-------	------	----	------	------	----	------

Quanto ao risco de suicídio, avaliado pelo instrumento MINI, não houve diferença significativa ($p>0.05$) entre os momentos antes e depois da intervenção, tanto para o grupo experimental como para o grupo controle.

TABELA 16

Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Sintomas característicos do TPB

Grupo	Antes			Depois			Teste	
	Média	n	DP	Média	n	DP	T	p
Experimental	82.78	9	13.59	71.67	9	14.04	0	0.008
Controle	87.38	8	13.31	86.88	8	12.88	8.5	0.35
Total	84.94	17	13.25	78.82	17	15.24		

Quanto aos sintomas característicos do TPB, verifica-se que houve diferença significativa ($p<0.05$) entre os momentos antes e depois da intervenção na aplicação do instrumento BSL-23, apenas no grupo experimental, no qual houve uma redução significativa dos escores.

TABELA 17

Comparação entre momentos antes e depois da intervenção – Sintomas suplementares do TPB

Grupo	Antes			Depois			Teste	
	Média	n	DP	Média	n	DP	T	p
Experimental	19.44	9	3.57	15.11	9	1.62	0	0.008
Controle	22.25	8	5.90	21.88	8	5.69	3	0.22
Total	20.76	17	4.87	18.29	17	5.25		

Já quanto aos sintomas suplementares característicos do TPB, a análise do instrumento BSL-S também indica que houve diferença significativa ($p<0.05$) entre os momentos antes e

depois da intervenção apenas no grupo experimental, no qual houve uma redução significativa dos escores.

Ao final do último módulo, foi aplicado o Questionário de Satisfação com o Tratamento, no qual os participantes deveriam informar sobre a utilidade da intervenção e escrever sobre pontos positivos, negativos e possibilidades de melhora para a intervenção. Responder ao questionário foi indicado como opcional, e somente três dos participantes da intervenção responderam. Todos os três assinalaram que a intervenção foi útil para o desenvolvimento de habilidades e que consideraram que as habilidades treinadas foram úteis para suas vidas.

“Os pontos positivos foram que eu aprendi a ter atitudes que melhoraram meus relacionamentos fora daqui principalmente na família” (Participante 02)

Um dos participantes descreveu como pontos positivos do treino a melhora em suas relações familiares, e outro participante indicou a ajuda em manter-se calmo em situações difíceis.

“O ponto negativo é que o grupo acabou e poderia continuar aprendendo com ele” (Participante 05)

Quanto aos pontos negativos, os três participantes escreveram sobre a necessidade de término da intervenção, e os três participantes escreveram também como possibilidade de melhora a continuidade dos encontros.

Discussão

O presente estudo avaliou o conhecimento adquirido em um treino de habilidades baseado na Terapia Comportamental Dialética (DBT) por pessoas com sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline. Além disso, o estudo verificou a correlação entre o conhecimento adquirido e os comportamentos relatados na vida diária para cada participante. Constou-se, a

partir de instrumento de aprendizado elaborado para o presente estudo, que os participantes que passaram por intervenção adquiriram conhecimento sobre os conteúdos apresentados. Adicionalmente, comparado com o grupo que não passou por intervenção, apresentaram melhoras nos índices de Ansiedade como estado, sintomas depressivos, sintomas relacionados com o Transtorno de Personalidade Borderline e desregulação emocional.

Quanto à característica da amostra, houve predominância do sexo feminino entre os participantes, com cerca de 65% da amostra constituída por mulheres, enquanto a literatura indica uma predominância de cerca de 75% do sexo feminino dentre as pessoas com diagnóstico de TPB (APA, 2014). Ainda, quanto aos diagnósticos da amostra, 41% dos participantes apresentou o diagnóstico de Transtornos de Personalidade, 35% de Transtorno Afetivo Bipolar, e 17% de Transtorno Depressivo, o que reflete a variedade de diagnósticos que contém sintomas semelhantes. Conforme Abreu e Abreu (2016), a DBT é um programa que foi inicialmente desenvolvido para o tratamento de comportamentos suicidas e autolesões, e nesta pesquisa, constatou-se que mais importante do que o diagnóstico, são os sintomas apresentados, os quais deram pistas sobre a possível efetividade dos procedimentos baseados na DBT.

Quanto ao processo de aprendizagem de novas habilidades, houve evolução estatisticamente significativa apenas no grupo experimental para todos os módulos do instrumento, o que significa que o estudo atingiu o objetivo de demonstrar que os participantes que passaram pelo Treino de Habilidades adquiriram conhecimento sobre as habilidades conforme estas lhes foram apresentadas. Além disso, a partir deste resultado é possível perceber que os participantes mantiveram os índices de conhecimentos adquiridos através de cada um dos módulos, inclusive após a aplicação do último módulo. Desta forma, por meio deste resultado, é possível afirmar que os participantes adquiriram as habilidades ensinadas, o que diz respeito ao primeiro componente do processo de aprender novas habilidades.

É importante ressaltar que, além da apresentação do conteúdo previsto para cada módulo, foram realizados também nos encontros, exercícios e *role playings*, conforme detalhado no Apêndice K, o que pode ter contribuído, ainda que de forma breve, para o desenvolvimento das etapas de fortalecimento e generalização de habilidades. Este desenvolvimento pode ter mediado o resultado apresentado em algumas das escalas nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção. Desta forma, é possível que, assim como na pesquisa de Neacsiu et al. (2014), na qual o uso de habilidades mediou mudanças na desregulação emocional e diminuição da ansiedade, no presente estudo também a aquisição dos conteúdos sobre as habilidades ensinadas tenha mediado as mudanças observadas em algumas das variáveis pesquisadas.

Os resultados dos instrumentos aplicados nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção indicaram que, no instrumento IHS, não houve diferença significativa entre os dois momentos, em ambos grupos. Este resultado pode ser decorrente do fato de o treino de habilidades não ter incidido sobre as habilidades sociais como um todo, visto que o conteúdo do módulo de Efetividade Interpessoal não trata das habilidades sociais em geral, mas sim a efetividade nas relações pessoais. Este resultado difere dos resultados de McMain et al. (2009), que mediu o funcionamento interpessoal por meio da escala Inventory of Interpersonal Problems (versão de 64 itens) e encontrou melhoras neste índice, embora não tenha encontrado diferenças entre o grupo experimental e controle, e do estudo de Harned, Wilks, Schmidt e Coyle (2018), que também encontraram melhora em ambos grupos neste aspecto, medido pelo Inventory of Interpersonal Problems for personality disorders (IIP-25). Difere também da pesquisa de McFetridge e Coakes (2010), cujos resultados qualitativos demonstraram melhoras em aspectos de relacionamentos interpessoais nos participantes com TPB.

Quanto ao instrumento IDATE-T, que mede a ansiedade no que se refere a traço estável, houve uma redução significativa dos escores, tanto no grupo experimental, quanto no

controle. Este resultado condiz com os dos estudos de Bohus et al. (2000), que demonstraram melhora nas taxas de ansiedade em mulheres com TPB participantes, a partir da escala do uso desta mesma escala, e de Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst e Bohus (2011), cujos resultados apontaram para redução dos sintomas ansiosos em participantes com TEPT, também a partir da escala STAI. Os resultados encontrados diferem da pesquisa de Koons et al. (2001), na qual participantes em ambas condições não demonstraram diminuição da ansiedade, medida pela Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).

Já no instrumento IDATE-E, que mede a ansiedade enquanto em termos do atual, houve uma redução significativa dos escores apenas no grupo experimental. Este resultado pode estar relacionado com a mediação do grupo de habilidades, no qual foram trabalhados conteúdos relacionados com habilidades para controle da ansiedade perante situações difíceis. Desta forma, ao participante se sentir mais hábil para situações da sua vida, porque sabe quais habilidades utilizar, sua ansiedade frente a situações potencialmente complicadas pode diminuir.

Esta relação é sustentada pelas pesquisas de Neacsiu et al (2014), que encontraram uma diminuição da ansiedade (medida pela Overall Anxiety Severity and Impairment Scale - OASIS), sendo que essa diminuição foi mediada pelo uso de habilidades treinadas. Além disso, relaciona-se com a pesquisa de Soler et al. (2009), que encontraram que o treino de habilidades utilizado de forma isolada foi superior ao grupo que passou pelo programa DBT padrão na melhora dos índices de ansiedade, medido pela Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).

Na escala de depressão HAM-D, houve uma redução significativa dos escores entre os momentos antes e depois da intervenção apenas no grupo experimental. A escala tem como base a avaliação de sintomas somáticos da síndrome depressiva apresentados na última semana, sendo sensível, portanto, a mudanças temporais dos sintomas. Duas outras pesquisas utilizaram o HAM-D e encontraram reduções significativas dos índices de depressão em grupos que

passaram por tratamento DBT (Turner, 2000; Bohus et al., 2000). Ainda, diversas pesquisas encontraram melhora nos índices de depressão em participantes após intervenção DBT utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Perroud, Uher, Dieben, Nicastro & Huguelet, 2010; Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011; Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst & Bohus, 2011; Barrett, Tolle, & Salsman, 2017; Williams, Hartstone e Denson, 2010; Koons et al., 2006; Keuthen et al., 2010; Koons et al., 2001; Iverson, Shenk & Fruzzetti, 2009).

O treino de habilidades da DBT foi diretamente relacionado com a melhora dos índices de depressão medidos pela HAM-D em duas pesquisas - Soler et al. (2009) demonstraram que o treino de habilidades isolado foi associado com diminuições mais significativas nos índices de depressão quando comparado com o tratamento DBT padrão. Além disso, em comparação de tratamento DBT padrão com tratamentos controles de três tipos, Neacsiu, Rizvi e Linehan (2010) verificaram que o uso de habilidades DBT mediou a diminuição dos índices de depressão.

Apenas três pesquisas que mediram os índices de depressão em grupo que passou por tratamento DBT comparado com grupo de tratamento usual não encontraram melhoras nos índices no grupo DBT. Neacsiu et al (2014) não encontrou mudança nos índices de depressão em quaisquer dos grupos, Lin et al (2018) verificaram que ambos grupos, DBT e tratamento usual, tiveram reduções similares nos índices de depressão, assim como Ward-Ciesielski, Tidik, Edwards e Linehan (2017), que também não encontraram diferenças significativas entre os grupos de intervenção DBT em sessão única e instruções sobre relaxamento no que diz respeito à depressão, sendo que ambas condições tiveram reduções significativas.

No que diz respeito à desregulação emocional, medida pelo DERS, no presente estudo houve redução significativa entre os momentos antes e depois da intervenção apenas no grupo experimental. Outros estudos também utilizaram o DERS e encontraram melhoras

significativas na regulação emocional em grupos que passaram por tratamento DBT (Axelrod, Pereplechikova, Holtzman, & Sinha, 2011), ou por treino de habilidades de forma isolada (Keuthen et al., 2010; Neacsu et al., 2014; Hollenbaugh & Lenz, 2018; Ramaiya et al., 2018). Além disso, outros dois estudos demonstraram, utilizando outras escalas, melhora na regulação emocional dos participantes que passaram por tratamento DBT (Barrett, Tolle, & Salsman, 2017; McMain, Guimond, Barnhart e Habinski, 2017b). Somente um dos estudos que mediu a regulação emocional não encontrou diferenças significativas entre condição DBT e tratamento usual nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção (Ward-Ciesielski, Tidik, Edwards e Linehan, 2017). No entanto, este foi o único estudo que consistiu em uma intervenção de sessão única, o que pode ser significativo para a sensibilidade do instrumento.

O instrumento MINI foi utilizado para medir ideação suicida e tentativas de suicídio, e para esta escala não houve diferença significativa entre os momentos antes e depois da intervenção em ambos grupos. Outras pesquisas também não encontraram diferenças entre os grupos, embora tenham todas encontrado reduções significativas nas tentativas de suicídio em ambos grupos (Andión et al., 2012; Carter et al., 2010; Lin et al., 2018; McMain et al., 2009; Ward-Ciesielski, Tidik, Edwards e Linehan, 2017).

Diversas pesquisas realizadas previamente encontraram reduções da ideação suicida dos participantes após tratamento DBT (Barrett, Tolle, & Salsman, 2017; Koons et al., 2001; Ramaiya et al., 2018). Já outros autores mediram índices relacionados com autolesões e tentativas de suicídio, e encontraram reduções significativas nestes índices em participantes que passaram pelo tratamento DBT (Barley et al., 1993; Bohus et al., 2000; Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith e Simpson, 2007; Granato, Wilks, Miga, Korslund & Linehan, 2015; Koons et al., 2001; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, Heard, 1991; Linehan et al., 2006; McMain, Guimond, Barnhart, & Habinski, 2017b; Turner, 2000; Trupin, Stewart, Beach, & Boesky,

2002; Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul & Van den Brink, 2005; Van Goethem, Mulders, de Jong, Arntz, & Egger, 2015).

É importante ressaltar que um dos estudos (Springer, Lohr, Buchtel, & Silk, 1996) verificou que os participantes no grupo de habilidades DBT engajaram-se significativamente mais autolesões sem intencionalidade suicida, o que os autores atribuem ao fato de discutirem esses comportamentos em grupo e de ouvirem os outros participantes descreverem seus comportamentos de automutilação.

O treino de habilidades da DBT foi diretamente relacionado com melhorias nas frequências de atos de autolesão na pesquisa de Linehan et al. (2015), mediou a diminuição nas tentativas de suicídio e mediou parcialmente a diminuição de comportamentos autolesivos não-suicidas ao longo do tempo na pesquisa de Neacsiu, Rizvi e Linehan (2010). Os instrumentos utilizados nas pesquisas foram específicos de ideação suicida ou tentativas de suicídio, embora algumas pesquisas tenham utilizado autorrelato ou contagem direta de autolesões, como em pesquisas com participantes internados. Os questionários utilizados mais vezes foram os desenvolvidos por Marsha Linehan, como o Linehan Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII), The Lifetime Parasuicide Count" (LPC), Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ), Treatment History Interview (THI). Na presente pesquisa, foi utilizado o questionário MINI, que pode não ter sido sensível a mudanças na ideação suicida e nas tentativas de suicídio em ambos os grupos ao longo das semanas por ser um questionário com foco em ações realizadas no último mês e ao longo da vida, e não na última semana estudo.

Nesse sentido, os questionários BSL-23 e BSL-S podem ter sido mais sensíveis para detectar mudanças na ideação suicida e autolesões, visto que seus resultados dizem respeito à última semana do participante. Em ambos questionários, que avaliam intensidade dos sintomas relacionados com o TPB, houve redução significativa entre os momentos antes e depois da intervenção na aplicação do instrumento apenas no grupo experimental. Outros dois autores

utilizaram o questionário Borderline Symptoms List (BSL) - Elices et al. (2016) encontraram que os participantes do grupo que recebeu treino de habilidades mindfulness demonstraram uma redução significativa nos sintomas do TPB, comparado com grupo controle, e na pesquisa de McMain et al. (2017b) os participantes na condição DBT demonstraram reduções maiores do que os da lista de espera nos comportamentos relacionados com o TPB.

Ainda, utilizando outros questionários para medir a intensidade dos sintomas do TPB, as pesquisas de Kramer et al (2016) e Williams, Hartstone e Denson (2010) encontraram redução de sintomas de psicopatologia do TPB significativamente maior no grupo que passou por tratamento DBT, comparado com o tratamento usual. Já Sinnaeve, van den Bosch, Hakkaart-van Roijen, e Vansteelandt (2018) verificaram que a severidade dos sintomas de TPD diminuiu significativamente em ambos grupos, DBT e tratamento usual, com a melhora nivelando entre os grupos ao final do tratamento.

Assim como no presente estudo, no que diz respeito aos resultados do IHS, IDATE-T e MINI, o estudo de McMain et al. (2009), com 180 participantes, não encontrou diferenças entre o grupo de tratamento DBT e o grupo que passou por atendimento psiquiátrico padrão, o que pode decorrer do fato de os participantes que estavam em tratamento padrão também estarem passando por intervenções relativas à melhora de seus sintomas que traziam sofrimento e disfuncionalidade.

Quanto ao grupo de oito encontros com foco nas habilidades DBT no contexto do CAPS, é importante apontar que a aplicação mostrou-se útil à este dispositivo da Rede, porque não exigiu que houvesse um diagnóstico dos participantes, foi uma intervenção de baixo custo e com foco em habilidades que podem ser aplicadas no dia a dia, o que condiz com a lógica de Reabilitação Psicossocial. Além disso, o conjunto de ações desempenhadas no grupo é possível de ser passada para outros profissionais da equipe por meio de treinos e capacitações, generalizando assim sua aplicabilidade.

Considerações finais

Com base nos resultados atingidos e discussão realizada, considera-se que o presente estudo apresentou avanços no sentido de ter sido o primeiro trabalho a aplicar o treino de habilidades da DBT no contexto de Saúde Pública do Brasil, que tem suas particularidades de modo de funcionamento e recursos disponíveis. O estudo demonstrou a importância do componente de aquisição no treino de habilidades da DBT, e apresentou uma possibilidade de aplicação breve, com duração de apenas oito encontros.

No entanto, o presente estudo apresenta algumas limitações importantes de serem citadas. No que diz respeito ao número da amostra, a pesquisa poderia apresentar resultados mais confiáveis, caso tivesse incluído um número maior de participantes, o que enriqueceria a análise estatística. Ainda, a intervenção consistiu somente em oito encontros, quando a DBT padrão indica a utilização de entre um e dois anos de intervenção. Este breve período acarreta na apresentação de cada uma das habilidades de modo superficial, sendo útil para a aquisição do conhecimento sobre as habilidades, mas provavelmente não o seria para o fortalecimento, generalização e utilização a longo prazo.

Sobre os instrumentos utilizados, é importante considerar que estes foram escolhidos com base em aspectos focados no treino de habilidades. Talvez uma escolha mais efetiva poderia ter sido feita, caso tivessem sido escolhidos com base nos instrumentos mais comumente utilizados levantados na revisão de literatura. Ainda, o instrumento MINI, utilizado para avaliação do risco de suicídio, pareceu não ter sido uma boa escolha para esta variável, visto que suas questões dizem respeito a um período passado e fixo no tempo, e não sobre a última semana, como os demais questionários. Dessa forma, não foi sensível para medir diferenças no risco de suicídio ao longo do tempo. Por fim, o Questionário de Aquisição de Habilidades foi elaborado para o presente estudo e, embora tenha passado por apontamentos de

respondentes universitários, não passou por um processo de avaliação antes da aplicação, então não é possível afirmar que as questões são equivalentes entre as aplicações, ou que medem exatamente o que se propõem a medir.

Embora o presente estudo tenha apontado caminhos para o uso do treino de habilidades da DBT em um breve período de tempo e para esta população e contexto específicos, estudos futuros podem avaliar, para além da aquisição de habilidades, as possibilidades de fortalecimento e generalização das habilidades em um curto período, bem como para populações diversas, e não necessariamente com sintomas do TPB. Ainda, para o presente estudo foram utilizadas medidas indiretas para levantamento de sintomas, e estudos futuros podem se beneficiar da utilização de medidas mais diretas, como observação ou auto registro. Por fim, indica-se que seja estudada a possibilidade de aplicação da DBT padrão indicada por Marsha Linehan, e não somente o treino de habilidades, no contexto da saúde brasileira, considerando as particularidades de população, terapeutas e recursos.

REFERÊNCIAS

- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. S. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVIII, 45-58.
- Amarante, P. (2000). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.23, n.6, pp.2067-2074.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Andión, Ó., Ferrer, M., Matali, J., Gancedo, B., Calvo, N., Barral, C., ... & Casas, M. (2012). Effectiveness of combined individual and group dialectical behavior therapy compared to only individual dialectical behavior therapy: A preliminary study. *Psychotherapy*, 49(2), 241-250.
- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K. L., Krakauer, K., Gluud, C., ... Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Versus Collaborative Assessment and Management of Suicidality Treatment for Reduction of Self-Harm in Adults With Borderline Personality Traits and Disorder—a Randomized Observer-Blinded Clinical Trial. *Depression and Anxiety*, 33(6), 520-530.
- Antoniazzi, A. S.; Dell'aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 2, p. 273-294.
- Associação Psiquiátrica Americana – APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion Regulation and Substance Use Frequency in Women with Substance Dependence and Borderline Personality Disorder Receiving Dialectical Behavior Therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42.
- Barley, W. D., Buie, S. E., Peterson, E. W., Hollingsworth, A. S., Griva, M., Hickerson, S. C., ... Bailey, B. J. (1993). Development of an Inpatient Cognitive-Behavioral Treatment Program for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7(3), 232-240.
- Barratt E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept Mot Skills*, 9(3), 191-8.
- Barrett, J. J., Tolle, K. A., & Salsman, N. L. (2017). Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Persistent Complex Bereavement Disorder. *Clinical Case Studies*, 16(5), 388-400.
- Barros, R.E.M.; Tung, T.C.; Mari, J.J. (2010). Serviços de Emergência Psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. v. 32. n. 2.
- Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M. Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 158:295-302.
- Biaggio A. M. B. (1990). A decade of research on State-Trait in Brazil. In: Spielberger C, Diaz-Guerreiro R, editors. *Cross-cultural anxiety*. New York: Hemisphere. p. 157-67.

- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Marsha. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder - a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875–887.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.
- Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2013.
- Brasileiro, S. V. (2012). *Adaptação Transcultural e Propriedades Psicométricas do COPE Breve em uma Amostra Brasileira*. Tese de Mestrado em Mestrado em Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, Goiás.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Vol.5, n.2, pp.219-230
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162–173.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal Of Behavioral Medicine*, v. 4, n. 1, p. 92–100.
- Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 505–512.
- Chen, E. Y., Cacioppo, J., Fettich, K., Gallop, R., McCloskey, M. S., Olino, T., & Zeffiro, T. A. (2017). An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating. *Psychological Medicine*, 47(4), 703–717.
- Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R., & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 406–414.
- Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Elwood, L. (2010). Recovery From Disability for Individuals With Borderline Personality Disorder: A Feasibility Trial of DBT-ACES. *Psychiatric Services*, 61(11), 1106–1111.
- Coutinho, Joana, Ribeiro, Eugénia, Ferreirinha, Raquel, & Dias, Paulo. (2010). The Portuguese version of the difficulties in emotion regulation scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(4), 145-151.
- Coyle, T. N., Shaver, J. A., & Linehan, M. M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 116–124.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.

- Davenport, J., Bore, M., & Campbell, J. (2010). Changes in personality in pre- and post-dialectical behaviour therapy borderline personality disorder groups: A question of self-control. *Australian Psychologist*, 45(1), 59–66.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Dratcu L, Ribeiro LC, Calil HM. (1987). Depression assessment in Brazil. The first application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Br J Psychiatry*. 150:797-800.
- Drossel, C., Fisher, J. E., & Mercer, V. (2011). A DBT Skills Training Group for Family Caregivers of Persons With Dementia. *Behavior Therapy*, 42(1), 109–119.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of Mindfulness Training on Borderline Personality Disorder: A Randomized Trial. *Mindfulness*, 7(3), 584–595.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(3), 1–10.
- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., & Dreessen, A. (2015). Pilot Randomized Controlled Trial of Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for ADHD Among College Students. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 260–271.
- Gorenstein, C., Wang, Y-P., & Hungerbühler, I. (Orgs), *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental* (pp. 323-383). Porto Alegre: Artmed.
- Granato, H. F., Wilks, C. R., Miga, E. M., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure to Treat Comorbid Dissociation and Self-Harm: The Case of a Client With Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 805–815.
- Gratz KL, Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 26:41-54.
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 23(1):56-62.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 329-342.
- Harned, M. S., Wilks, C. R., Schmidt, S. C., & Coyle, T. N. (2018). Improving functional outcomes in women with borderline personality disorder and PTSD by changing PTSD severity and post-traumatic cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 103(February), 53–61.
- Heard, H. L., Swales, M. A. (2015). *Changing behavior in DBT: problem solving in action*. New York: The Guilford Press.
- Hjalmarsson, E., Kåver, A., Perseius, K. I., Cederberg, K., & Ghaderi, A. (2008). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder among adolescents and young adults: Pilot study, extending the research findings in new settings and cultures. *Clinical Psychologist*, 12(1), 18–29.
- Hollenbaugh, K. M. H., & Lenz, A. S. (2018). An Examination of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Groups. *Journal of Counseling and Development*, 96, 233–242.

- Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242–248.
- Kaipper MB, Chachamovich E, Hidalgo MPL, Torres IL, Caumo W. (2010). Evaluation of the structure of Brazilian State-Trait Anxiety Inventory using a Rasch psychometric approach. *J Psychosom Res.* 68(3):223-33.
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276–282.
- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Welch, S. S., Taylor, C., Falkenstein, M., Heekin, M., ... Jenike, M. A. (2010). Pilot trial of dialectical behavior therapy-enhanced habit reversal for trichotillomania. *Depression and Anxiety*, 27(10), 953–959.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: a practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371–390.
- Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., O'Rourke, B., Morse, N., & Robins, C. J. (2006). Dialectical Behavior Therapy Adapted for the Vocational Rehabilitation of Significantly Disabled Mentally Ill Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 146–156.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., Roten, Y. De, Marquet, P., Kolly, S., ... Page, D. (2016). Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 189–202.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T., & Reinecker, H. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 381–388.
- Lambie, I., Krynen, A., & Miers, S. (2016). Childhood sexual abuse and borderline personality disorder evidence-based report. Auckland, New Zealand: *UniServices*. 1-45.
- Lin, T. J., Ko, H. C., Wu, J. Y. W., Oei, T. P., Lane, H. Y., & Chen, C. H. (2018). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 1, 1–18.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771–1776.
- Linehan MM, Rizvi SL, Shaw-Welch S, Page B. (2000) *Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders*. In: Hawton K, van Heeringen K, eds. *International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Sussex, England: John Wiley & Sons Inc; pp. 147-178.

- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757–766.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482.
- Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de Habilidades em DBT: Manual de Terapia Comportamental Dialética para o Terapeuta*. Porto Alegre, Artmed.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., ... Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785.
- McDonnell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., & McClellan, J. M. (2010). A Pilot Evaluation of Dialectical Behavioural Therapy in Adolescent Long-Term Inpatient Care. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 193–196.
- McFetridge, M., & Coakes, J. (2010). The longer-term clinical outcomes of a DBT-informed residential therapeutic community; An evaluation and reunion. *Therapeutic Communities*, 31(4), 406–416.
- McMain, S. F., Ph, D., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., ... Ph, D. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(2), 1365–1374.
- McMain, S. F., Fitzpatrick, S., Boritz, T., Barnhart, R., Links, P., & Streiner, D. L. (2017). Outcome Trajectories and Prognostic Factors for Suicide and Self-Harm Behaviors in Patients With Borderline Personality Disorder Following One Year of Outpatient Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 31, 1–16.
- McMain, S., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., Streiner, D. (2017b). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 135, 138–148.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091.
- Merza, Katalin, Papp, Gábor, & Kuritárné Szabó, Ildikó. (2015). The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *The European Journal of Psychiatry*, 29(2), 105–111.
- Ministério da saúde. (1990). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS. Doutrina e Princípios*. Brasília.
- Ministério da saúde. (2004). *Saude Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*, Brasília.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy Skills Use as a Mediator and Outcome of Treatment for Borderline Personality Disorder. *Behavioral Research and Therapy Clinics*, 48(9), 1–17.
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40–51.
- Paiva CHA, Teixeira LA. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*.

- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., ... Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832–840.
- Perroud, N., Uher, R., Dieben, K., Nicastro, R., & Huguelet, P. (2010). Predictors of Response and Drop-Out During Intensive Dialectical Behavior Therapy. *Journal of Personality Disorders*, 24(5), 634–650.
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257–263.
- Ramaiya, M. K., McLean, C., Regmi, U., Fiorillo, D., Robins, C. J., & Kohrt, B. A. (2018). A dialectical behavior therapy skills intervention for women with suicidal behaviors in rural Nepal: A single-case experimental design series. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1071–1091.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146–157.
- Rizvi, S. L., Dimeff, L. A., Skutch, J., Carroll, D., & Linehan, M. M. (2011). A Pilot Study of the DBT Coach: An Interactive Mobile Phone Application for Individuals With Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. *Behavior Therapy*, 42(4), 589–600.
- Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A., ... Lammers, C. H. (2011). Dialectic behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(2), 148–158.
- Sahin, Z., Vinnars, B., Gorman, B. S., Wilczek, A., Åsberg, M., & Barber, J. P. (2017). Clinical severity as a moderator of outcome in psychodynamic and dialectical behavior therapies for borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(5), 437–446.
- Sakdalan, J. A., Shaw, J., & Collier, V. (2010). Staying in the here-and-now: A pilot study on the use of dialectical behaviour therapy group skills training for forensic clients with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(6), 568–572.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 415–425.
- Sambrook, S., Abba, N., & Chadwick, P. (2006). Evaluation of DBT emotional coping skills groups for people with parasuicidal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(2), 241–244.
- Scheiderer, E., Carlile, J. A., Aosved, A. C., & Barlow, A. (2017). Concurrent Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure Reduces Symptoms and Improves Overall Quality of Life for a Veteran with Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder. *Clinical Case Studies*, 16(3), 216–233.
- Senra, R. (2017, 7 de Agosto). Por que o número de crianças hospitalizadas por tentativa de suicídio dobrou nos EUA?. *BBC Brasil em Washington*. Recuperado em 16 de novembro de 2018, de <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-40844636>.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 59(suppl 20);22-33.

- Shelton, D., Sampl, S., Kesten, K. L., Zhang, W., & Trestman, R. L. (2009). Treatment of Impulsive Aggression in Correctional Settings. *Behavioral Sciences and the Law*, 27, 787–800.
- Silvaes, E. F., & Gongora, M. A. (1998). *Psicologia Clínica Comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo - SP: Edicon.
- Sinnaeve, R., van den Bosch, L. M. C., Hakkaart-van Roijen, L., & Vansteelandt, K. (2018). Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: a pragmatic randomized controlled trial. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(12), 1–10.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353–358.
- Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto: Consulting Psychologists; 1970.
- Springer, T., Lohr, N. E., Buchtel, H. A., & Silk, K. R. (1996). A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(1), 57–71.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Sexual Abuse: A Pilot Study of an Intensive Residential Treatment Program. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 102–106.
- Stoffers-Winterling JM, Völm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8.
- Swales, M. A. & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behavior therapy*. New York: Routledge.
- Swenson, C. R. (2016). *DBT principles in action: acceptance, change, and dialectics*. New York: The Guilford Press.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065.
- Trupin, E. W., Stewart, D. G., Beach, B., & Boesky, L. (2002). Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Program for Incarcerated Female Juvenile Offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121–127.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413–419.
- Uliaszek, A. A., Rashid, T., Williams, G. E., & Gulamani, T. (2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 78–85.
- Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & Van Den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231–1241.
- Van Goethem, A., Mulders, D., de Jong, J., Arntz, A., & Egger, J. (2015). Self-injurious behaviour and suicidal ideation during dialectical behavior therapy (DBT) of patients with borderline personality disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 12(2), 37–45.
- Waltz, J., & Dimeff, L. (1999). *Opposite Action Knowledge Questionnaire*. Unpublished questionnaire.
- Waltz, J., Dimeff, L. A., Koerner, K., Linehan, M. M., Taylor, L., & Miller, C. (2009). Feasibility of Using Video to Teach a Dialectical Behavior Therapy Skill to Clients With Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 214–222.

- Ward-Ciesielski, E. F., Tidik, J. A., Edwards, A. J., & Linehan, M. M. (2017). Comparing brief interventions for suicidal individuals not engaged in treatment: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 222, 153–161.
- World Health Organization (WHO). Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
- Wilks, C. R., Lungu, A., Ang, S. Y., Matsumiya, B., Yin, Q., & Linehan, M. M. (2018). A randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of Affective Disorders*, 232, 219–228.
- Williams, S. E., Hartstone, M. D., & Denson, L. A. (2010). Dialectical behavioural therapy and borderline personality disorder: Effects on service utilisation and self-reported symptoms. *Behaviour Change*, 27(4), 251–264.
- Wolf, M., Ebner-Priemer, U., Schramm, E., Domsalla, M., Hautzinger, M., & Bohus, M. (2011). Maximizing skills acquisition in dialectical behavioral therapy with a CD-ROM-Based self-help program: Results from a pilot study. *Psychopathology*, 44(2), 133–135.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing Dialectical Behavior Therapy With Adolescents and Their Families in a Community Outpatient Clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 277–286.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Silk, K. R. (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry*. 65:28-36.
- Ziraki, F. P., & Hassan, T. (2017). Investigating the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Clinical Symptoms, Anger Control and Emotional Regulation of Bully Children. *International Journal of Clinical Medicine*, 8(4), 277–292.

APÊNDICE A

Modo como 72 estudos empregaram o componente de treino de habilidades

Tabela 1. Treino de Habilidades					
Autores	Treino na DBT	Tipo do treino	Número de encontros	Duração (minutos)	Conteúdo
(Andión et al., 2012)	Em conjunto	Em grupo	48	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Andreasson et al., 2016)	Em conjunto	Em grupo	16	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011)	Em conjunto	Em grupo	20	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Barley et al., 1993)	Em conjunto	Em grupo	12	150	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Barrett, Tolle, & Salsman, 2017)	Isolado	Individual	Não específica	Não específica (26 horas)	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Bohus et al., 2000)	Em conjunto	Em grupo	12	Não consta	Não consta
(Carter, Willcox, Lewin, Conrad, & Bendit, 2010)	Em conjunto	Em grupo	24	Não consta	Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Chen, Cacioppo, Feltich & Gallop, 2016)	Em conjunto	Em grupo	24	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Chen, Matthews, Allen, Kuo, & Linehan, 2008)	Em conjunto	Em grupo	24	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para Transtornos Alimentares.
(Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith, & Simpson, 2007)	Em conjunto	Em grupo	24	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.

(Comtois, Kerbrat, Atkins, Harned, & Elwood, 2010)	Em conjunto	Em grupo	48	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para empregabilidade.
(Coyle, Shaver, & Linehan, 2018)	Em conjunto	Em grupo	48	150	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Davenport, Bore, & Campbell, 2010)	Isolado	Em grupo	Não consta	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Drossel, Fisher, & Mercer, 2011)	Isolado	Em grupo	8	150	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para familiares e cuidadores.
(Elices et al., 2016)	Isolado	Em grupo	10	150	Somente <i>Mindfulness</i> ou somente Efetividade Interpessoal
(Fleischhaker et al., 2011)	Em conjunto	Em grupo	20	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para participação de familiares
(Fleming, McMahon, Moran, Peterson, & Dreessen, 2015)	Em conjunto	Em grupo	8	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para população com TDAH.
(Granato, Wilks, Miga, Korslund, & Linehan, 2015)	Em conjunto	Em grupo	41	Não consta	<i>Mindfulness</i> , Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Com adaptações para população com TEPT
(Harned, Wilks, Schmidt, & Coyle, 2018)	Em conjunto	Em grupo	48	150	<i>Mindfulness</i> , Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Com adaptações para população com TEPT
(Hjalmarsson, Kåver, Perseus, Cederberg, &)	Em conjunto	Em grupo	48	180	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.

Ghaderi, 2008)					
(Hollenbau gh&Lenz, 2018)	Isolado	Em grupo	24	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Iverson, Shenk, &Fruzzetti , 2009)	Isolado	Em grupo	12	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para mulheres vítimas de violência doméstica
(Katz, Cox, Gunasekar a, & Miller, 2004)	Em conjunto	Em grupo	10	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Keuthen et al., 2010)	Isolado	Em grupo	11	50	Mindfulness, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para reversão de hábito para Tricotilomania
(Koons et al., 2001)	Em conjunto	Em grupo	24	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Koons et al., 2006)	Isolado	Em grupo	24	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Kramer et al., 2016)	Em conjunto	Em grupo	20	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Kröger et al., 2010)	Em conjunto	Em grupo	12	100	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Com adaptações para somar ao autogerenciamento.
(Lin et al., 2018)	Isolado	Em grupo	8	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Linehan et al., 2006)	Em conjunto	Em grupo	48	150	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.

(Linehan et al., 2015)	Em conjunto	Em grupo	48	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Com adaptações para somar ao autogerenciamento.
(Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991)	Em conjunto	Em grupo	48	150	Habilidades interpessoais, Tolerância ao mal-estar/aceitação da realidade e Regulação Emocional.
(Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong, 1994)	Em conjunto	Em grupo	48	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(McCauley et al., 2018)	Em conjunto	Em grupo	24	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(McDonell et al., 2010)	Em conjunto	Em grupo	Não consta	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(McFetridge & Coakes, 2010)	Em conjunto	Em grupo	64	Não consta	Não consta
(Mcmain et al., 2009)	Em conjunto	Em grupo	48	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(McMain et al., 2017)	Em conjunto	Em grupo	48	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(McMain et al., 2017b)	Isolado	Em grupo	20	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Mehlum et al., 2014)	Em conjunto	Em grupo	19	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para participação de familiares
(Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann, & Linehan, 2014)	Em conjunto	Em grupo	16	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.

(Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010)	Em conjunto	Em grupo	48	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Perepletchikova et al., 2017)	Em conjunto	Em grupo	32	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para participação de familiares
(Perroud, Uher, Dieben, Nicastro, & Huguelet, 2010)	Em conjunto	Em grupo	12	180	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti, & Jokinen, 2009)	Isolado	Em grupo	9	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para familiares e cuidadores.
(Ramaiya et al., 2018)	Isolado	Em grupo	10	180	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Rathus & Miller, 2002)	Em conjunto	Em grupo	12	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para participação de familiares
(Rizvi, Dimeff, Skutch, Carroll, & Linehan, 2011)	Isolado	Individual	14	Não consta	Regulação Emocional por meio de aplicativo no celular
(Roepke et al., 2011)	Em conjunto	Em grupo	12	180	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Sahin et al., 2017)	Em conjunto	Em grupo	48	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Sakdalan, Shaw, & Collier, 2010)	Isolado	Em grupo	13	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para população de delinquentes com dificuldades intelectuais.

(Salbach-Andrae, Bohnenkamp, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Miller, 2008)	Em conjunto	Em grupo	25	100	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para Transtornos Alimentares.
(Sambrook, Abba, & Chadwick, 2006)	Isolado	Em grupo	18	90	Sobrevivência a crises, Mindfulness, Compreendendo emoções, Regulação emocional, Tolerância ao mal-estar, Construindo habilidades na vida diária, Resolução de problemas, assertividade, Prevenção de relapsos
(Scheidt, Carlile, Aasved, & Barlow, 2017)	Em conjunto	Em grupo	65	Não consta	<i>Mindfulness</i> , Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Com adaptações para população com TEPT
(Shelton, Sampl, Kesten, Zhang, & Trestman, 2009)	Isolado	Em grupo	32	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para população carcerária.
(Sinnaeve, van den Bosch, Hakkaart-van Roijen, & Vansteelandt, 2018)	Em conjunto	Em grupo	48	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Soler et al., 2009)	Isolado	Em grupo	13	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Springer, Lohr, Buchtel, & Silk, 1996)	Isolado	Em grupo	10	45	Regulação Emocional, Efetividade Interpessoal e Tolerância ao mal-estar.
(Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst, & Bohus, 2011)	Em conjunto	Em grupo	11	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para abarcar exposição ao trauma.

(Telch, Agras, & Linehan, 2001)	Isolado	Em grupo	20	120	Mindfulness, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar
(Trupin, Stewart, Beach, & Boesky, 2002)	Em conjunto	Em grupo	30	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Turner, 2000)	Em conjunto	Em grupo	6	Não consta	Efetividade Interpessoal. Adaptado para participação de familiares
(Uliaszek, Rashid, Williams, & Gulamani, 2016)	Isolado	Em grupo	24	180	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Van Den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, & Van DenBrink, 2005)	Em conjunto	Em grupo	48	150	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para população com abuso de substâncias.
(van Goethem, Mulders, de Jong, Arntz, & Egger, 2015)	Em conjunto	Em grupo	28	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Waltz et al., 2009)	Isolado	Individual	1	26	Regulação Emocional
(Ward-Ciesielski, Tidik, Edwards, & Linehan, 2017)	Isolado	Em grupo	1	60	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Wilks et al., 2018)	Isolado	Individual	8	40	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para ser online e incluir habilidades de redução do uso de álcool
(Williams, Hartstone, & Denson, 2010)	Isolado	Em grupo	20	90	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.

(Wolf et al., 2011)	Isolado	Em grupo	24	120	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar.
(Woodberry & Popenoe, 2008)	Em conjunto	Em grupo	15	105	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para participação de familiares
(Ziraki & Hassan, 2017)	Isolado	Em grupo	10	Não consta	Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional e Tolerância ao mal-estar. Adaptado para o tema <i>Bullying</i> .

APÊNDICE B

Descrição detalhada dos instrumentos utilizados nas pesquisas revisadas

Tabela 2. Revisão dos Instrumentos utilizados		
Instrumentos	Categoria	Frequência
Beck Depression Inventory (BDI)	Depressão	24
Treatment History Interview (THI)	Histórico de tratamento	14
Symptom Checklist-90	Psicopatologia geral	12
Suicide Attempt and Self-Injury Interview (SASII)	Comportamentos suicidas e autolesões	9
Beck Hopelessness Scale	Desesperança	8
Ways of Coping Checklist (DBT-WCCL)	Estratégias de enfrentamento	8
Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	Regulação emocional	8
Lifetime Parasuicide Count (LPC)	Comportamentos suicidas e autolesões	7
State-Trait-Anger Inventory (STAXI)	Raiva	7
Número de tentativas de suicídio e autolesão	Contagem	6
Hamilton Depression Scale (HAMD)	Depressão	6
Beck Anxiety Inventory (BAI)	Ansiedade	5
Parasuicide History Interview-3 month period (PHI-2)	Comportamentos suicidas e autolesões	5
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)	Psicopatologia geral	5
Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR)	Ajustamento	4
Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)	Ansiedade	4
Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)	Comportamentos suicidas e autolesões	4
Número de entradas no departamento de emergência ou admissões hospitalares	Contagem	4
Global Assessment Scale of Functioning (GAF)	Funcionalidade	4
Clinical global improvement scale (CGI)	Psicopatologia geral	4
Adult Suicidal Ideation Questionnaire - shortened version (ASIQ-S)	Comportamentos suicidas e autolesões	3
Beck Suicide Ideation Scale	Comportamentos suicidas e autolesões	3
Reasons for Living Inventory	Comportamentos suicidas e autolesões	3
Eating Disorders Examination-16 (EDE)	Específicos	3
PTSD Checklist, Civilian Version (PCL)	Específicos	3
Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	Mindfulness	3
Brief Symptom Inventory (BSI)	Psicopatologia geral	3

Borderline Symptoms List-23 (BSL23)	Transtorno de Personalidade Borderline	3
Global Social Adjustment (GSA)	Ajustamento	2
State-Trait-Anxiety Inventory (STAI)	Ansiedade	2
Lista de auto-observação (Diary Card)	Autorregistro	2
Lifetime Suicide Attempt Self-Injury Interview (LSASI)	Comportamentos suicidas e autolesões	2
Número de incidentes durante o tratamento	Contagem	2
Dissociative Experiences Scale (DES)	Dissociação	2
Eating Disorder Inventory (EDI-2)	Específicos	2
Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)	Impulsividade	2
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Psicopatologia geral	2
Child Behavior Checklist (CBCL)	Psicopatologia geral	2
Positive and Negative Affect Scales (PANAS)	Psicopatologia geral	2
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children [KSADS]	Psicopatologia geral	2
The Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM)	Psicopatologia geral	2
The Behaviour and Symptom Identification Scale (BASIS-32)	Psicopatologia geral	2
Quality of Life Interview (QOLI)	Qualidade de vida	2
Spielberger Anger Expressor/Scale	Raiva	2
Emotion Regulation Scale (ERS)	Regulação emocional	2
Working Alliance Inventory–Short Revised [WAI-SR])	Relação terapêutica	2
Inventory of Interpersonal Problems for personality disorders (IIP-25)	Relações interpessoais	2
Satisfaction and Usability Survey	Satisfação da pessoa atendida	2
Child-Global Assessment Scale (CGAS)	Sintomatologia geral	2
Distress Tolerance Scale (DTS)	Tolerância ao mal-estar	2
BPD Severity Index (BPDSI)	Transtorno de Personalidade Borderline	2
Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD)	Transtorno de Personalidade Borderline	2
Global Adjustment Scale (GAS)	Ajustamento	1
Work and Social Adjustment Scale (SAS)	Ajustamento	1
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)	Ansiedade	1
DBT Coach Data	Aplicativo	1
Self-Control Scale	Autocontrole	1
Basic Self-Esteem Scale (BSE)	Autoestima e autoconceito	1

Earning Self-Esteem (ESE) Scale	Autoestima e autoconceito	1
Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)	Autoestima e autoconceito	1
Self-Concept Clarity Scale [SCC]	Autoestima e autoconceito	1
Daily Assessment	Autorregistro	1
The Cognitive error questionnaire-shortened version (CEQ-S)	Cognição	1
Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)	Comportamentos suicidas e autolesões	1
Harkavy-Asnis Suicide Survey	Comportamentos suicidas e autolesões	1
Reynolds' Suicidal Ideation Questionnaire-Jr. (SIQ)	Comportamentos suicidas e autolesões	1
Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR)	Comportamentos suicidas e autolesões	1
Scale for Suicidal Ideation (SSI)	Comportamentos suicidas e autolesões	1
Dias de permanência em hospital psiquiátrico	Contagem	1
Frequência de uso de substâncias	Contagem	1
Center for Epidemiological Studies Depression Scale	Depressão	1
Depression Inventory for Children and Adolescents (DIKJ)	Depressão	1
Ko's Depression inventory (KDI)	Depressão	1
Montgomery– Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	Depressão	1
Patient Health Questionnaire Depression Module (PHQ)	Depressão	1
Reynolds' Adolescent Depression Scale (RADS)	Depressão	1
Kazdin Hopelessness Scale for Children (KHS)	Desesperança	1
Acceptance and Action Questionnaire–II [AAQ-II]	Específicos	1
Addiction Severity Index Self-Report Form (ASI-SR)	Específicos	1
ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL)	Específicos	1
Barkley Adult ADHD Rating Scale–IV (BAARS-IV)	Específicos	1
Behavioral Confidence Questionnaire	Específicos	1
Brief Grief Questionnaire (BGQ)	Específicos	1
Burden Assessment Scale (BAS)	Específicos	1
Buss–Perry Aggression Questionnaire (BPAQ)	Específicos	1

Caregiver Burden Inventory (CBI)	Específicos	1
Costs per Quality Adjusted Life Year (QALY)	Específicos	1
Drug Use Screening Inventory (DUSI)	Específicos	1
Health of the Nation Outcome Scales for people with learning disabilities (HONOS-LD)	Específicos	1
Life History of Aggression Scale (LHAS)	Específicos	1
Maslach Burnout Inventory (MBI)	Específicos	1
Massachusetts general hospital hair pulling scale (MGH-HPS)	Específicos	1
NIMH trichotillomania impairment scale (NIMHTIS).	Específicos	1
Ocorrências de indisciplina	Específicos	1
Overt Aggression Scale—Modified (OAS-M)	Específicos	1
Performance acadêmica	Específicos	1
Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI)	Específicos	1
Psychiatric institute trichotillomania scale (PITS)	Específicos	1
PTSD Symptom Scale-Interview (PSS-I)	Específicos	1
Questions about Family Members (QAFM)	Específicos	1
Structured Inventory for Anorectic and Bulimic Syndromes	Específicos	1
Treatment Inventory Cost in Psychiatric Patients (TIC-P)	Específicos	1
Trichotillomania diagnostic interview—revised (TDI-R)	Específicos	1
Binge Eating Scale	Específicos	1
Emotional Eating Scale (EES)	Específicos	1
Altura e peso	Específicos	1
Community Risk Assessment Scores (CRA)	Específicos	1
Opposite Action Knowledge Questionnaire	Específicos	1
Alcohol Use Disorders Identification Test total score (AUDIT)	Específicos	1
Timeline Followback (TLFB)	Específicos	1
Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)	Específicos	1
Illinois Bullying Scale (IBS)	Específicos	1
World Health Organization (WHO) Quality of Life—BREF version (WHOQOLBREF)	Estratégias de enfrentamento	1
Creative Coping Questionnaire (CCOJ)	Estratégias de enfrentamento	1
Barkley Functional Impairment Scale—Long Form (BFIS-LF)	Funcionalidade	1
Social history interview (SHI)	Histórico de tratamento	1
Buss–Durkee Inventory (BDI)	Hostilidade	1
Experience Questionnaire (EQ)	Mindfulness	1

Kentucky Inventory of Mindfulness Scale (KIMS)	Mindfulness	1
Barkley Deficits in Executive Functioning Scale–Short Form (BDEFS-SF)	Neuropsicológico	1
Brown ADD Rating Scales (BADDS)	Neuropsicológico	1
Conners' Continuous Performance Test–2nd edition (CPT-2)	Neuropsicológico	1
Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS)	Psicopatologia geral	1
Derogatis Symptom Checklist, Revised (SCL90-R)	Psicopatologia geral	1
Exposure rating forms	Psicopatologia geral	1
Hare Psychopathy Checklist—Screening Version (PCL-SV)	Psicopatologia geral	1
Life Problems Inventory	Psicopatologia geral	1
Mini-International Neuropsychiatric Interview	Psicopatologia geral	1
Outcome Questionnaire (OQ-45)	Psicopatologia geral	1
Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)	Psicopatologia geral	1
Short-term assessment of risk and treatability (START)	Psicopatologia geral	1
Vineland Adaptive Behaviour Scales–Second Edition (VABS-II)	Psicopatologia geral	1
The Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI)	Psicopatologia geral	1
Positive Psychotherapy Inventory (PPTI)	Psicopatologia geral	1
The K10+	Psicopatologia geral	1
Centers for Disease Control and Prevention Health-Related Quality of Life 4-item Healthy Days Core Module (CDC HRQOL-4)	Qualidade de vida	1
Inventory of Life Quality in Children and Adolescents (ILC)	Qualidade de vida	1
Affective regulation rating (ARR)	Regulação emocional	1
Emotion Regulation Questionnaire [ERQ]	Regulação emocional	1
Generalized expectancy for negative mood regulation scale (NMR)	Regulação emocional	1
Cognitive Emotion Regulation Questionnaire	Regulação emocional	1
Adult Attachment Scale (AAS)	Relações interpessoais	1
Resilience Scale (RES)	Resiliência	1
Credibility and Expectancy of Improvement Scales (CEIS)	Satisfação da pessoa atendida	1
EQ-5D thermometer	Sintomatologia geral	1
Medical Outcome Studies Short-Form 36-Item Health Survey	Sintomatologia geral	1

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	Sintomatologia geral	1
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Sono	1
Borderline Personality Disorder Features Scale (BPDFS)	Transtorno de Personalidade Borderline	1
Brief BPD Treatment Outcome Assessment (BPD-TOA)	Transtorno de Personalidade Borderline	1
Diagnostic Interview for Borderlines Revised (DIB-R)	Transtorno de Personalidade Borderline	1
Karolinska Affective and Borderline Symptom Scale–Self-Assessment (KABOSS-S)	Transtorno de Personalidade Borderline	1
The Borderline Syndrome Index	Transtorno de Personalidade Borderline	1
The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSIBPD)	Transtorno de Personalidade Borderline	1
Borderline Symptom List (BSL)	Transtorno de Personalidade Borderline	1
International Personality Disorder Examination Questionnaire (IPDEQ)	Transtornos de personalidade	1
Millon Clinical Multiaxial Inventory–3 [MCMI-III]	Transtornos de personalidade	1
Personality Item Pool inventory (IPIP)	Transtornos de personalidade	1
Reasons for Early Termination From Treatment Questionnaire	Tratamento	1
Skills Acquisition Test (SAT)	Treino de habilidades	1
The Skills Structure Test (SST)	Treino de habilidades	1

APÊNDICE C

Classificação por categorias de acordo com o que cada pesquisa se propôs a investigar

Tabela 3. Categorias dos instrumentos		
Categoria	Frequência total	
Psicopatologia geral	49	
Específicos	43	
Comportamentos suicidas e autolesões	41	
Depressão	36	
Histórico de tratamento	15	
Contagem	14	
Regulação emocional	14	
Transtorno de Personalidade Borderline	14	
Ansiedade	12	
Estratégias de enfrentamento	10	
Desesperança	9	
Raiva	9	
Ajustamento	8	
Funcionalidade	5	
Mindfulness	5	
Sintomatologia geral	5	
Autoestima e autoconceito	4	
Qualidade de vida	4	
Autorregistro	3	
Neuropsicológico	3	
Relações interpessoais	3	
Satisfação da pessoa atendida	3	
Transtornos de personalidade	3	
Dissociação	2	
Impulsividade	2	
Relação terapêutica	2	
Tolerância ao mal-estar	2	
Treino de habilidades	2	
Aplicativo	1	
Autocontrole	1	
Cognição	1	
Hostilidade	1	
Resiliência	1	
Sono	1	
Tratamento	1	

APÊNDICE D

Rotina do local de aplicação da pesquisa

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no qual a pesquisa será realizada configura-se como um CAPS III, ou seja, o serviço fica aberto 24 horas, e tem nove leitos para cuidado integral. A área de abrangência de cuidado deste CAPS é de quatro territórios da cidade de Curitiba/PR.

É composto pela seguinte equipe Multiprofissional:

- 02 Médicos Psiquiatras
- 04 Psicólogas
- 02 Assistentes Sociais
- 03 Terapeutas Ocupacionais
- 05 Enfermeiros
- 08 Técnicos de Enfermagem

Os profissionais dividem-se entre turno da manhã e da tarde, sendo que os enfermeiros e técnicos de enfermagem trabalham também no turno da noite. Dividem-se, ainda, em duas mini-equipes, cada uma delas responsável por um território específico.

O primeiro contato de uma pessoa com o serviço dá-se por meio de acolhimento, que é realizado por qualquer um dos profissionais listados, com exceção dos Técnicos de Enfermagem. Neste acolhimento, que pode ser realizado de forma eletiva (de acordo com a agenda) ou de forma urgente, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, é realizada uma triagem e avaliação de saúde mental, voltados para a coleta de história de vida prévia e avaliação dos sintomas que se apresentam. Após o acolhimento, o profissional responsável discute em equipe Multiprofissional qual a conduta a ser adotada para o caso atendido. Dentre as condutas frequentemente adotadas, estão a transferência de cuidado para a Unidade de Saúde, para que possa ser realizado o acompanhamento, ou a inserção no CAPS.

Uma vez inserido, é estabelecido para aquele indivíduo um Técnico de Referência, profissional responsável pelas articulações necessárias de seu tratamento, e responsável também por construir, em conjunto com a pessoa atendida e família, o Plano Terapêutico Singular (PTS). O PTS não diz respeito apenas às atividades desempenhadas no âmbito do CAPS, mas também atividades que possam ser desempenhadas em outros locais da Rede, bem como o desenvolvimento de algumas habilidades, retomada de vínculos, dentre outras coisas.

Um dos pontos abarcados no PTS é a frequência com a qual a pessoa irá frequentar o serviço – o que pode ser uma permanência integral em leito, permanência ao longo do dia, ou o comparecimento para algumas atividades específicas, que não são necessariamente conduzidas pelo técnico de referência. Estas atividades podem ser grupo do tipo Oficina (por exemplo, de higiene, de jardinagem, de automassagem, etc.), grupos Psicoterapêuticos, de Psicoeducação, grupos para familiares, dentre outros grupos de acordo com as competências dos profissionais e demanda do serviço. Podem, ainda, ser atendimento individual com qualquer um dos profissionais, de acordo com os saberes de seu núcleo, ou avaliações pontuais e específicas, também de acordo com o núcleo de cada profissional. O PTS é revisto de acordo com a necessidade do profissional e demanda da pessoa atendida, ou a cada três meses.

APÊNDICE E

Medida de avaliação e verificação do diagnóstico

Sintoma	Sim	Não
Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade do humor (disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentimentos crônicos de vazio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE F

Entrevista de conhecimento de habilidades

01. Alguma vez você já recebeu orientação sobre a habilidade Mindfulness?

() sim – De que tipo? () Não

02. Alguma vez você já recebeu orientação sobre a habilidade Efetividade Interpessoal?

() sim – De que tipo? () Não

03. Alguma vez você já recebeu orientação sobre a habilidade Regulação Emocional?

() sim – De que tipo? () Não

04. Alguma vez você já recebeu orientação sobre a habilidade Tolerância ao Mal-Estar?

() sim – De que tipo? () Não

05. O que é Mindfulness?

- a) A prática de focar nossa atenção no nosso passado
- b) A prática de focar nossa atenção na solução para os nossos problemas
- c) É o ato de focar a mente no momento presente sem julgamento
- d) A prática de focar nossa atenção no nosso futuro
- e) não sei

06. Na habilidade DEAR MAN, a letra D significa:

- a) Descrever uma situação julgando-a como boa ou ruim
- b) Descrever os fatos de uma situação
- c) Dominar uma situação, controlando todos os aspectos
- d) Descrever o que deveria ter acontecido em uma situação
- e) não sei

07) O que é Regulação Emocional?

- a) É a capacidade de controlar ou influenciar as suas emoções e como as expressa
- b) Sentir somente emoções positivas, anulando ou repelindo as negativas
- c) Buscar não sentir nada, anulando qualquer tipo de emoção
- d) Escolher quando sentir-se feliz e quando sentir-se triste
- e) não sei

08) As habilidades de tolerância ao mal-estar são úteis porque:

- a) Tolerar sempre as atitudes das outras pessoas, mesmo que causem prejuízos
- b) Aceitar as coisas como são, sem buscar mudanças positivas
- c) Não procurar mudança em algo que é possível mudar
- d) Nos permitem sobreviver a crises sem piorar as coisas
- e) não sei

APÊNDICE G

Roteiro de entrevista semi-estruturado

Dados

Nome: _____

Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ a ____ m Sexo: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Cidade/Estado: _____

Profissão: _____

Quem mora na casa: _____

Quantos cômodos tem a casa: _____

Renda mensal: _____

Especificações do tratamento

Diagnóstico médico: _____ Início: _____

Medicamentos (quais são e periodicidade):

Tratamento (ações e frequência):

Histórico de tratamento (ações que já tentou e funcionaram ou não):

APÊNDICE H**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Prof^ª. Dra. Jocelaine Martins da Silveira e Marjorie Rodrigues Wanderley – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, pessoa atendida no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III TM Portão a participar de um estudo sobre habilidades para regular as emoções e se relacionar com as pessoas. Essa pesquisa é importante para o avanço da ciência da saúde por melhorar o conhecimento sobre formas de treinar habilidades em pessoas que tem dificuldade de regular suas emoções. Além disso, esperamos que os resultados ajudem os participantes, que podem melhorar a qualidade de suas relações com familiares e amigos.

a) O objetivo desta pesquisa é o de avaliar a influência de um treino de habilidades para pessoas com dificuldade de regular suas emoções e que são atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial nos comportamentos da vida diária.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário passar por entrevista inicial, preencher questionários, passar por oito sessões em grupo semanais com a psicóloga/pesquisadora. No decorrer da pesquisa e ao final será necessário preencher novamente os questionários iniciais.

c) Para tanto você deverá comparecer no Centro da Atenção Psicossocial (CAPS) III Portão para a entrevista e para as sessões semanais individuais e em grupo, o que levará aproximadamente 90 minutos para a entrevista e 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos para cada sessão em grupo.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a tratar do assunto de dificuldade de regulação emocional e o modo como isso pode afetar os seus relacionamentos.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o desencadeamento de sentimentos e emoções relacionados com os assuntos tratados e aspectos pessoais.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são o conhecimento sobre formas de tratar a disregulação emocional a partir do desenvolvimento de habilidades que são importantes para os seus convívios sociais e familiares. Benefícios indiretos podem ser que o trabalho contribua com o avanço da ciência da saúde no sentido da avaliação de um protocolo breve de desenvolvimento de habilidades e a demonstração da possibilidade de aplicação desse protocolo em um serviço de saúde mental público.

Rubricas:

Participante da pesquisa e/ou responsável legal: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador _____ Orientado _____

g) Os pesquisadores Prof^ª. Dra. Jocelaine Martins da Silveira e Marjorie Rodrigues Wanderley responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná, no Prédio Histórico, Departamento de Psicologia no horário das 08h às 18h, pelo telefone 3310.2624, ou pelos e-mails jocelainesilveira@ufpr.br ou marjorie.rw@gmail.com para

esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu tratamento está garantido e não será interrompido caso o você desista de participar.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – o pesquisador principal e o pesquisador colaborador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado ao término do estudo, dentro de um ano.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como o material dos questionários, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Você terá a garantia de que problemas como desencadeamento de questões emocionais decorrentes do estudo serão tratados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pela psicóloga responsável pelo estudo.

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Rubricas:

Participante da pesquisa e/ou responsável legal: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador _____ Orientado _____

o) Gostaríamos de pedir autorização para a coleta de áudio das sessões individuais e em grupo, para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a transcrição do que foi dito na entrevista para análise dos resultados. Autorizo (), não autorizo ().

p) Gostaríamos de pedir autorização para consultar o seu prontuário, para coleta de dados sociodemográficos e histórico de tratamento. Autorizo (), não autorizo ().

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão, sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item e].

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE I

Questionário de Aquisição de Habilidades

Este é um questionário para avaliar o que você já sabe sobre algumas habilidades importantes. Caso não saiba responder alguma pergunta ou ainda não tenha aprendido sobre isso, não tem problema, é só marcar a opção e (“não sei”).

Módulo 01: Mindfulness

01. O que é Mindfulness?

Resposta certa: É o ato de focar a mente no momento presente sem julgamento

Resposta e) não sei

Respostas erradas:

01. A prática de focar nossa atenção no nosso passado
02. A prática de focar nossa atenção na solução para os nossos problemas
03. A prática de focar nossa atenção no nosso futuro
04. É o ato de lembrar e refletir sobre o passado
05. É o ato de elaborar planos para o futuro com base em reflexões sobre o passado
06. É o ato de julgar o momento presente com base no que é bom e no que é ruim para mim
07. É o esforço de esvaziar a mente e não pensar em nada
08. É a elevação do pensamento para atingir um estado de espírito superior
09. É o esforço repetido de libertar-se de julgamentos e do apego a pensamento, emoções e sensações
10. É o apego a pensamentos repetitivos ou sentimentos recorrentes
11. É o ato de repelir pensamento até que a mente fique vazia
12. É uma religião praticada por meio de orações
13. É a reflexão com a finalidade de achar a solução para nossos problemas
14. É agir de acordo com a mente racional ou emocional
15. É reagir a uma situação com base nas emoções

02. Fazem parte das Habilidades de Mindfulness:

Resposta certa: Observar acontecimentos, emoções e comportamentos

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Mudar a estrutura do pensamento
02. Julgar as ações de outras pessoas
03. Refletir sobre o passado
04. Elaborar estratégias de modificação do comportamento
05. Treinar fazer várias coisas ao mesmo tempo
06. Categorizar os pensamentos em ‘bons’ ou ‘ruins’
07. Modificar a estrutura dos pensamentos
08. Treinar não sentir emoções negativas
09. Julgar se as pessoas têm ou não razão no que falam
10. Exterminar emoções quando estas forem dolorosas
11. Fazer várias coisas ao mesmo tempo sem distrair-se
12. Separar os sentimentos entre positivos, negativos, bons ou ruins
13. Observar se os meus pensamentos estão certos ou errados
14. Deduzir a descrição de um fato para então observar
15. Conseguir fazer várias coisas ao mesmo tempo

03. Durante a prática de Mindfulness, caso o pensamento saia do momento presente e apareça um sentimento ou pensamento, uma boa estratégia é:

Resposta certa: Observar as sensações físicas do momento atual

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Brigar com o pensamento para que ele vá embora
02. Desviar o foco para o futuro e listar coisas para fazer
03. Esforçar-se para não pensar naquilo que veio à mente
04. Focar no pensamento intrusivo até que ele vá embora
05. Lembrar de momentos bons do passado para sentir-se bem
06. Repelir o pensamento intrusivo mandando ele ir embora

07. Entender a razão do aparecimento de um sentimento ou pensamento
08. Lutar contra o sentimento ou pensamento até que ele vá embora
09. Sufocar o sentimento ou pensamento com lembranças boas do passado
10. Listar coisas que tem para fazer nos próximos dias
11. Lutar para os sentimentos ou pensamentos irem embora
12. Lembrar de fatos passados para anular os sentimentos ou pensamentos
13. Separar os sentimentos entre positivos, negativos, bons ou ruins
14. Observar se os meus pensamentos estão certos ou errados
15. Rotular o que está acontecendo como bom ou ruim

04. A “Mente sábia” é:

Resposta certa: A sabedoria interior que cada pessoa tem

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. A capacidade de raciocinar a partir de dados reais
02. A inteligência desenvolvida a partir de estudos
03. A mente voltada para emoções
04. O ato de agir com base nas emoções mais intensas no momento
05. O ato de raciocinar sobre uma situação com base em fatos
06. O ato de agir de acordo com metas do futuro
07. O mesmo que mente racional
08. O mesmo que mente emocional
09. O mesmo que mente espiritual
10. A integração entre passado e futuro
11. A integração entre sentimentos bons e sentimentos ruins
12. A integração entre espiritualidade e religião
13. O ato de reagir de acordo com as emoções
14. O ato de reagir de acordo com a razão

15. A mente que descreve os sentimentos presentes no momento

05. Um exemplo de frase não-julgadora de acordo com a habilidade Mindfulness é:

Resposta certa: Eu quero que as coisas sejam diferentes

Resposta e) não sei

Respostas erradas

1. A minha mãe deveria ser mais compreensiva
2. Eu não posso ser dessa forma e tenho que mudar
3. Ele fez isso porque ele é uma pessoa ruim
4. Eu deveria ser diferente do que sou
5. Eu não posso ser da forma como eu sou
6. Ser da forma como sou é errado
7. Ser da forma como sou é ruim
8. Minha irmã deve ter feito isso porque não gosta de mim
9. As pessoas acham que eu deveria me comportar de uma forma diferente
10. Meu irmão não deve gostar de mim, se não teria me ligado
11. A culpa é minha por ele ser assim
12. Meu marido se atrasou porque está decepcionado comigo
13. Pessoas boas sempre dão seu lugar no ônibus
14. Pessoas ruins costumam não ligar para o que os outros pensam
15. Minha esposa deveria entender o que estou passando

Módulo 02: Efetividade Interpessoal

01. Na habilidade DEAR MAN, a letra D significa:

Resposta certa: Descrever os fatos de uma situação

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Descrever uma situação julgando-a como boa ou ruim
02. Dominar uma situação, controlando todos os aspectos
03. Dominar todos os sentimentos presentes em uma situação
04. Descrever o que você deveria sentir em uma situação
05. Dominar como você se sente em uma situação
06. Dizer o que o outro está pensando
07. Dizer qual é a sua vontade naquele momento
08. Dominar as outras pessoas envolvidas em uma situação
09. Discutir sobre os pontos importantes de uma situação
10. Discutir sobre quem está certo ou errado e chegar a um consenso
11. Descrever o que deveria ter acontecido em uma situação
12. Descrever a sua experiência com o que está acontecendo
13. Desconfiar das outras pessoas para não ser enganado
14. Dizer à outra pessoa o que você espera dela
15. Decifrar o que o outro está pensando sobre aquela situação

02. A letra M na habilidade DEAR MAN é:

Resposta certa: Manter-se em Mindfulness

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Manter-se com sentimentos intensos
02. Manipular a outra pessoa para conseguir o que quer
03. Manipular a situação para atingir seus objetivos
04. Manter oculto o que você espera da situação
05. Mandar que sua vontade seja atendida

06. Manter desconfiança quanto à outra pessoa
07. Manejar a situação da forma como julga certa
08. Manter uma postura fiel às suas crenças e princípios
09. Manifestar seu julgamento quanto à situação
10. Manter-se firme nas suas crenças e princípios
11. Mascarar seus reais sentimentos frente à situação
12. Maximizar o que você está sentindo de forma que os outros percebam
13. Memorizar todos os dados de uma situação
14. Manter-se consciente de tudo o que aconteceu no passado
15. Mostrar seu ponto de vista sobre uma situação

03. A letra G na habilidade GIVE consiste em:

Resposta certa: Ser gentil, sem atacar a outra pessoa ou fazer ameaças

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Ser generoso, dando tudo o que a outra pessoa quer
02. Ser gentil somente se a outra pessoa for gentil com você
03. Ser generoso, abrindo mão do seu bem-estar pela outra pessoa
04. Ser gentil, demonstrando interesse no que a outra pessoa pode me dar em retorno
05. Ser genuíno, agindo intensamente de acordo com as emoções do momento
06. Ser gentil, deduzindo o que o outro espera
07. Ser grato, agradecendo aos outros pelo o que me fizeram
08. Ser grato, descrevendo como aquela interação me fez bem
09. Ser genuíno, vencendo meus medos para agir impulsivamente
10. Ser genuíno, demonstrando minhas emoções e sentimentos
11. Ser generoso, dando à outra pessoa o que ela espera
12. Ser gentil, dando à outra pessoa o que ela espera
13. Ser genuíno, agindo de acordo com o que é certo
14. Ser genuíno, agindo de acordo com suas crenças e princípios

15. Ser generoso, colocando a outra pessoa sempre em primeiro lugar

04. A letra F na habilidade FAST consiste em:

Resposta certa: Ser justo (“be fair”) consigo mesmo e com a outra pessoa

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Ser justo (“be fair”) somente consigo mesmo
02. Fazer tudo o que for possível para conseguir o que quer
03. Fazer a justiça necessária de acordo com julgamentos próprios
04. Falar de forma que o outro saiba o que você está pensando
05. Falar o que está pensando no momento, sendo totalmente sincero
06. Favorecer a outra pessoa ao invés de si mesmo
07. Favorecer a si mesmo ao invés da outra pessoa
08. Ser justo (“be fair”) com a sua história de vida
09. Ficar sob controle dos seus sentimentos na situação
10. Ficar sob controle da razão na situação
11. Focar em si mesmo, e não no que é bom para o outro
12. Focar no outro, e não no que é bom para si mesmo
13. Fugir da situação desconfortável e buscar um lugar mais tranquilo
14. Ser justo (“be fair”) mesmo que magoe a outra pessoa
15. Ser justo (“be fair”) mesmo que magoe a si mesmo

05. Validar as experiências e emoções dos outros significa:

Resposta certa: Compreender a perspectiva de outra pessoa, o que não significa necessariamente concordar

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Sempre verificar se um sentimento de outra pessoa é verdadeiro, e então validar
02. Verificar se o comportamento de outra pessoa tem uma razão ou motivo verdadeiro

03. Elogiar sempre os sentimentos ou comportamentos das outras pessoas
04. Concordar com a outra pessoa mesmo que sinceramente você não concorde
05. Aprovar as ações das outras pessoas, mesmo que sejam prejudiciais
06. Questionar a perspectiva da outra pessoa, verificando os fatos reais de uma situação
07. Fazer a justiça necessária de acordo com julgamentos próprios
08. Ser genuíno, agindo intensamente de acordo com as emoções do momento
09. Favorecer a outra pessoa ao invés de si mesmo
10. Verificar se um sentimento de outra pessoa é verdadeiro
11. Avaliar se concorda ou não com a atitude de outra pessoa
12. Concordar com a outra pessoa em tudo que ela diz, para que se sinta bem
13. Questionar a outra pessoa quanto aos motivos pelos quais fez o que fez
14. Questionar a outra pessoa quanto a seus sentimentos para compreender melhor
15. Aprovar as experiências e emoções dos outros, contanto que faça sentido

Módulo 03: Habilidades de Regulação Emocional

01. O que é Regulação Emocional?

Resposta certa: É a capacidade de controlar ou influenciar as suas emoções e como as expressa

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Sentir somente emoções positivas, anulando ou repelindo as negativas
02. Buscar não sentir nada, anulando qualquer tipo de emoção
03. Escolher quando sentir-se feliz e quando sentir-se triste
04. Ser incapaz de alterar as emoções que tem, como as experimenta ou expressa
05. É sentir-se feliz o tempo todo
06. É conseguir encontrar a felicidade
07. É anular sentimentos negativos que atrapalhem a vida

08. É a habilidade de ser assertivo em relações interpessoais
09. É a habilidade de manter-se no momento presente
10. É a capacidade de manter-se sempre sereno em situações difíceis
11. É conseguir escolher qual emoção sentir em qual momento
12. É ter emoções de acordo com o que é esperado para cada situação
13. É conseguir anular todos os sentimentos negativos, como a tristeza
14. É a capacidade de sentir-se bem o tempo todo
15. É a capacidade de evitar emoções negativas

02. Para conseguir desempenhar a Regulação Emocional, é preciso:

Resposta certa: Aprender a observar, descrever e identificar as próprias emoções

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Conseguir escolher qual emoção sentir em qual momento
02. Conseguir escolher não sentir nada quando estiver triste
03. Conseguir gerenciar e controlar as emoções dos outros
04. Conseguir ficar feliz a maior parte do tempo
05. Aprender a controlar o que os outros sentem
06. Aprender qual emoção é correta para cada situação
07. Ter capacidade de não sentir nada, levando a uma vida mais equilibrada
08. Ter total domínio das emoções e sentimentos, escolhendo quando sentir o que
09. Escolher emoções de acordo com o que é esperado para cada situação
10. Ter a capacidade de sentir-se bem o tempo todo
11. Conseguir não sentir nada, anulando qualquer tipo de emoção
12. Aprender a observar, descrever e identificar as emoções das outras pessoas
13. Conseguir ser assertivo nas relações com outras pessoas
14. Anular sentimentos negativos, como a tristeza
15. Conseguir esvaziar a cabeça e não pensar em nada

03. Sobre a importância das emoções na nossa vida, está correto:

Resposta certa: O medo é importante porque pode servir de alerta para evitarmos situações perigosas

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. As emoções servem para que as pessoas se sintam bem a maior parte do tempo
02. As emoções servem para atrapalhar o ser humano na busca pela sobrevivência
03. As emoções servem para gastar tempo antes de agir, levando a uma demora nas decisões
04. O medo serve para fazer com que tenhamos coragem de enfrentar o perigo
05. O medo serve para fazer com que possamos evitar as outras pessoas
06. O medo serve para fazer com que possamos evitar compromissos
07. A tristeza faz com que alegria não possa existir
08. A tristeza serve para fazer com que outras pessoas façam coisas por nós
09. A culpa serve para fazer com que sintamos tristeza
10. A culpa serve para poder acusar o outro para amenizar o sentimento
11. A culpa serve para evitar a pessoa ou situação que nos trouxe esse sentimento
12. A raiva serve para que possamos discutir com pessoas que nos fazem mal
13. A raiva serve para rompermos vínculos que são importantes em nossa vida
14. O remorso serve para que possamos buscar vingança contra quem nos fez mal
15. As emoções não tem uma função para o ser humano

04. Um exemplo de emoções que **não** são justificadas pelos fatos é:

Resposta certa: A culpa pelo ato de uma outra pessoa, sendo que você não poderia evitar

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. O medo de trocar um interruptor que pode dar choque
02. O ciúme quando você descobre que foi traído/a
03. A tristeza ao perder algo que era importante
04. O medo ao encontrar-se com um animal venenoso

05. O medo de andar sozinho na rua no escuro
06. A culpa por ter xingado alguém querido
07. A culpa por ter causado um acidente de carro
08. A culpa por ter causado mal para outra pessoa
09. A tristeza ao perder um objeto que ganhou de alguém importante
10. A tristeza ao não conseguir uma vaga de emprego esperada
11. A ansiedade antes de uma apresentação de trabalho importante
12. A ansiedade antes de ter uma conversa importante com alguém
13. A alegria ao conquistar algo que queria muito
14. A raiva ao ser xingado por alguém importante
15. A raiva ao ser vítima de uma violência

05. O primeiro passo a ser tomado na habilidade Ação Oposta é:

Resposta certa: Identificar a emoção que você deseja modificar

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Agir de acordo com o esperado para aquela situação
02. Verificar qual seria a ação oposta a ser desempenhada
03. Agir de modo oposto aos impulsos de ação
04. Anular um sentimento positivo ou negativo, buscando não sentir nada
05. Agir em oposição ao que as outras pessoas esperam
06. Agir em oposição às nossas vontades e desejos
07. Anular a emoção que está sendo sentida no momento
08. Parar para refletir sobre o que o outro espera daquela situação
09. Verificar qual seria a ação esperada frente àquela situação
10. Seguir os impulsos de uma ação para obter o que quer
11. Buscar anular todas as emoções sentidas no momento
12. Agir de forma oposta à que é esperada para aquela situação
13. Agir da forma como for preciso para atingir o objetivo

14. Refletir sobre o passado para escolher como agir
15. Refletir sobre os objetivos daquela situação para escolher como agir

Módulo 04: Habilidades de Tolerância ao Mal-Estar

01. As habilidades de tolerância ao mal-estar são úteis porque:

Resposta certa: Nos permitem sobreviver a crises sem piorar as coisas

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Tolerar sempre as atitudes das outras pessoas, mesmo que causem prejuízos
02. Aceitar as coisas como são, sem buscar mudanças positivas
03. Não procurar mudança em algo que é possível mudar
04. Nos permitem modificar a estrutura do pensamento
05. Nos ensinam como modificar o comportamento das outras pessoas
06. Nos ensinam como modificar nosso comportamento
07. Podemos usar após uma situação de crise, para fazer as pazes com as outras pessoas
08. Nos permitem aceitar o que os outros fazem de mal para nós
09. Nos permitem manipular as outras pessoas para que fiquem próximas a nós
10. Podemos usar para sermos assertivos com as outras pessoas em nossos relacionamentos
11. Podemos usar para conseguir o que quisermos de uma situação
12. Nos ensinam como mudar o que as outras pessoas pensam sobre nós
13. Nos permitem agir de forma oposta ao que as outras pessoas esperam
14. Nos permitem passar por crises sem a presença de nenhum sentimento
15. Nos permitem passar por crises sem a presença de sentimentos negativos

02. A letra S na habilidade STOP consiste em:

Resposta certa: Parar o que está fazendo e não reagir por um momento

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Parar de sentir todas as emoções e sentimentos
02. Agir de acordo com a emoção ou sentimento do momento
03. Agir de acordo com o impulso do momento
04. Dar um passo para trás e fugir da situação que está causando problemas
05. Tratar a outra pessoa de acordo com suas emoções e sentimento no momento
06. Tratar a outra pessoa de acordo com os impulsos do momento
07. Observar se o que a outra pessoa está dizendo é verdade ou não
08. Ocultar os sentimentos e emoções presentes no momento
09. Opor-se ao que é esperado que você faça naquela situação
10. Prosseguir de acordo com o impulso do momento
11. Preocupar-se somente com suas emoções e sentimentos do momento
12. Parar qualquer atitude ou ação que a situação exija
13. Fugir da responsabilidade que uma situação acarreta
14. Parar de relacionar-se com pessoas que nos fazem mal
15. Parar de sentir emoções negativas, como a tristeza

03. A letra T na habilidade TIP consiste em:

Resposta certa: Baixar a temperatura do corpo utilizando água fria, bolsa de gelo ou respiração

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Tentar esforçar-se para sentir-se triste novamente
02. Tentar esforçar-se por conta própria para reduzir a excitação
03. Aumentar a temperatura do corpo utilizando um banho quente ou exercícios físicos
04. Procurar relaxar assistindo a um filme ou série
05. Procurar um amigo para conversar sobre o que está sentindo
06. Envolver-se com pessoas que possam fazer você se sentir melhor

07. Parar imediatamente qualquer tipo de ação
08. Parar de pensar ou sentir todos os pensamentos e emoções do momento
09. Praticar as habilidades interpessoais com pessoas próximas
10. Tentar envolver-se somente com pessoas positivas
11. Subir a temperatura do corpo por meio de exercícios aeróbicos
12. Respirar de forma eufórica para subir a temperatura do corpo
13. Trazer as outras pessoas para a realidade de forma assertiva
14. Tentar não se envolver com as emoções dos outros

04. A habilidade de Autoacalmar-se envolve:

Resposta certa: Fazer coisas agradáveis, reconfortantes e que proporciona alívio

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. Respirar profundamente até que todas as emoções tenham ido embora
02. Repelir todos os pensamentos e emoções negativas
03. Isolar-se de todos para buscar uma paz interior
04. Conseguir o que quer por meio da manipulação de situações
05. Não ter emoções negativas, sentindo somente felicidade
06. Aumentar a sensação de euforia e excitação
07. Treinar as habilidades de efetividade Interpessoal
08. Praticar ações opostas aos do impulso
09. Buscar pessoas que possam dizer coisas positivas
10. Buscar pessoas que possam resolver nossos problemas
11. Anular todos os sentimentos
12. Conseguir não pensar em nada
13. Conseguir escolher quais sentimentos sentir e quais não sentir
14. Treinar as habilidades de relacionamentos interpessoais
15. Acelerar a respiração para sentir-se eufórico

05. Aceitação radical significa:

Resposta certa: A abertura completa e total aos fatos da realidade como eles são

Resposta e) não sei

Respostas erradas

01. A luta contra os fatos da realidade
02. A postura de má-disposição frente aos fatos da realidade
03. O questionamento quanto aos fatos da realidade serem verdadeiros ou não
04. A aceitação dos fatos que se apresentam de forma distorcida
05. A aceitação dos fatos que possuem pouca ou nenhuma evidência
06. A aceitação dos fatos que se apresentam, independente de distorções ou evidências
07. Lutar contra os sentimentos decorrentes da realidade
08. Tentar modificar a realidade de qualquer forma
09. Negar radicalmente a realidade que se apresenta
10. A luta contra sentimentos negativos
11. A aceitação de fatos que podem ser modificados facilmente
12. A postura de tristeza frente aos desafios da vida
13. O sentimento de felicidade frente a tudo que acontece, mesmo que negativo
14. Sentir-se feliz o tempo todo, mesmo em situações ruins
15. Não sentir mais nenhuma emoção negativa, como a tristeza

APÊNDICE J

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO

Você considera que a intervenção pela qual você passou foi útil para o seu desenvolvimento de habilidades?

() Sim

() Não

Você considera que as habilidades que foram treinadas são úteis para a sua vida?

() Sim

() Não

Quais são os pontos **positivos** do tratamento de treino de habilidades?

Quais são os pontos **negativos** do tratamento de treino de habilidades?

O que você acha que poderia ter sido diferente para que o treino de habilidades fosse melhor?

APÊNDICE K

Descrição da intervenção

Com base no livro: Linehan, M. M. (2018). Treinamento de Habilidades em DBT: Manual de Terapia Comportamental Dialética para o Terapeuta. Porto Alegre, Artmed.

Módulo 01: Habilidades de *Mindfulness*

SESSÃO 01

- Proposta e apresentação
- Estabelecer os combinados do grupo
- Explicação “O que é *Mindfulness*” (p. 148)
- Habilidades de *Mindfulness*: observar, descrever, participar, adotar uma postura não julgadora, fazer uma coisa de cada vez, ser efetivo (p. 150)
- Explicação: o que fazer quando você sai do momento presente (p. 155)
- Compartilhamento de experiência: em que áreas da sua vida você acredita que o *Mindfulness* pode ser útil? (p. 157)
- Explicação: A importância de praticar as habilidades *Mindfulness* (p. 161)
- Habilidades centrais de *Mindfulness*: (1) Mente sábia; (2) “o que fazer”; (3) “como fazer” (p. 162)
- Mente sábia
 - Explicação (p. 163)
 - Prática ‘lasca de pedra no lado’ (p. 169)
 - Exercício ‘faça uma pergunta’ (p. 170)

SESSÃO 02

- Habilidade “O que fazer”
 - Explicação: observar, descrever e participar (p. 172)
 - Breves exercícios de observação (p. 174)
 - Observação atenta (p. 175)
 - Exercícios extras (p. 181)
 - Exercícios práticos de descrever (p. 188)
 - Exercício prático de participar n. 4 (p. 191)
- Habilidade “Como fazer”
 - Explicação sobre adotar uma postura não julgadora (p. 196)
 - Como fazer (p. 199)
 - Exercícios para adotar uma postura não julgadora (p. 203)
 - Explicação sobre “fazendo uma coisa de cada vez” (p. 205)
 - Exercícios de fazer uma coisa de cada vez (p. 207)
 - Explicação sobre “ser efetivo” (p. 208)
 - Exercícios sobre “ser efetivo” (p. 210)

Módulo 02: Habilidades de Efetividade Interpessoal

SESSÃO 03

- Explicação – divididas em: (1) Conquistar objetivos; (2) Manter relacionamentos; (3) Autorrespeito; (4) Validação; (5) Modificação comportamental
- Conquistar objetivos
 - Explicação (p. 245)
 - Habilidade DEAR MAN (p. 245)
 - *Role playing* DEAR MAN (p. 246)
- Manter relacionamentos
 - Explicação (p. 253)
 - Habilidade GIVE (p. 253)
 - Exercício prático (p. 255)

SESSÃO 04

- Habilidade Autorrespeito
 - Explicação (p. 258)
 - Habilidade FAST (p. 258)
 - Exercício prático (p. 253)
- Habilidade Validação
 - Explicação (p. 292)
 - Como validar (p. 295)
 - Exercício prático (p. 299)
- Habilidade Modificação comportamental
 - Explicação (p. 304)
 - Estratégias para diminuir ou parar comportamentos indesejados (p. 309)
 - Exercício prático (p. 310)

Módulo 03: Habilidades de Regulação Emocional

SESSÃO 05

- Explicação (p. 320)
- Entendendo e identificando as emoções (p. 323)
- O que as emoções fazem por você (p. 324)
- O que dificulta a regulação emocional? (p. 329)
- Exercício eventos desencadeantes (p. 335)
- Observando, descrevendo e identificando as emoções (p. 343)
- Modificando as respostas emocionais (p. 347)

SESSÃO 06

- Habilidade Verificar os fatos (p. 348)
- Exercício prático (p. 349)
- Habilidade Ação oposta
 - Explicação (p. 358)
 - Exercício prático (p. 364)
 - Exercício prático 2 (p. 367)
- Sete passos na solução de problemas (p. 371)

Módulo 04: Habilidades de Tolerância ao Mal-Estar

SESSÃO 07

- Explicação (p. 419)
- Habilidades de sobrevivência a crises (p. 421)
- Reconhecendo uma crise (p. 421)
- Habilidade STOP
 - Explicação (p. 425)
 - Exercício STOP (p. 425)
- Estratégia prós e contras (p. 427)
 - Exercício (p. 429)

SESSÃO 08

- Habilidade TIP
 - Explicação (p. 432)
 - Exercício prático (p. 436)
 - Relaxamento muscular progressivo (p. 437)
 - Prática (p. 438)
- Método autoacalmar-se
 - Explicação (p. 444)
 - Exercício (p. 445)
 - Técnica escaneamento corporal (p. 445)
- Aceitação radical
 - Explicação (p. 454)
 - Exercício (p. 460)

APÊNDICE L

Índices detalhados da análise do instrumento de aprendizagem

TABELA 1

Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 1 ao longo das aplicações – Acertos do grupo experimental

Grupo experimental: Friedman = 32 (p=0.00001)				
Aplicação	Posto médio	Soma de postos	Média	DP
1	1.00	9.00	0.22	0.67
2	3.22	29.00	4.56	0.88
3	3.44	31.00	4.67	0.71
4	3.67	33.00	4.78	0.44
5	3.67	33.00	4.78	0.44

TABELA 2

Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 1 ao longo das aplicações – Acertos do grupo controle

Grupo controle: Friedman = 6.4 (p=0.17)				
Aplicação	Posto médio	Soma de postos	Média	DP
1	3.13	25.00	0.38	0.74
2	2.81	22.50	0.13	0.35
3	2.81	22.50	0.13	0.35
4	2.81	22.50	0.13	0.35
5	3.44	27.50	0.50	0.76

TABELA 3

Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 2 ao longo das aplicações – Acertos do grupo experimental

Grupo experimental: Friedman = 33.88 (p=0.00001)				
Aplicação	Posto médio	Soma de postos	Média	DP
1	1.44	13.00	0.00	0.00
2	1.56	14.00	0.11	0.33
3	3.50	31.50	4.44	0.53
4	4.17	37.50	4.89	0.33
5	4.33	39.00	5.00	0.00

TABELA 4

Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 2 ao longo das aplicações – Acertos do grupo controle

Grupo controle: Friedman = 4 (p=0.41)				
Aplicação	Posto médio	Soma de postos	Média	DP
1	2.88	23.00	0.00	0.00
2	2.88	23.00	0.00	0.00
3	2.88	23.00	0.00	0.00
4	3.13	25.00	0.13	0.35
5	3.25	26.00	0.25	0.71

TABELA 5

Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 3 ao longo das aplicações – acertos do grupo experimental

Grupo experimental: Friedman = 33.30 (p=0.00001)				
Aplicação	Posto médio	Soma de postos	Média	DP
1	1.94	17.50	0.11	0.33
2	1.83	16.50	0.00	0.00
3	2.22	20.00	0.33	0.71
4	4.39	39.50	4.22	0.67
5	4.61	41.50	4.44	0.73

TABELA 6

Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 3 ao longo das aplicações – acertos do grupo controle

Grupo controle: Friedman = 4 (p=0.41)				
Aplicação	Posto médio	Soma de postos	Média	DP
1	2.94	23.50	0.25	0.46
2	3.25	26.00	0.38	0.74
3	2.94	23.50	0.25	0.46
4	2.94	23.50	0.25	0.46
5	2.94	23.50	0.25	0.46

TABELA 7

Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 4 ao longo das aplicações – acertos do grupo experimental

Grupo experimental: Friedman = 32.00 (p=0.00001)				
Aplicação	Posto médio	Soma de postos	Média	DP
1	2.33	21.00	0.11	0.33
2	2.56	23.00	0.22	0.67
3	2.33	21.00	0.11	0.33
4	2.78	25.00	0.33	0.71
5	5.00	45.00	4.44	1.01

TABELA 8

Avaliação da evolução de aprendizado do módulo 4 ao longo das aplicações – acertos do grupo controle

Grupo controle: Friedman = 4 (p=0.41)				
Aplicação	Posto médio	Soma de postos	Média	DP
1	2.81	22.50	0.13	0.35
2	3.13	25.00	0.38	0.74
3	3.13	25.00	0.38	0.74
4	3.13	25.00	0.38	0.74
5	2.81	22.50	0.13	0.35

ANEXO A

Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette& Del Prette, 2001)

Leia atentamente cada um dos itens que se seguem. Cada um deles apresenta uma ação ou sentimento (parte grifada) diante de uma situação dada (parte não grifada). Indique, na FOLHA DE RESPOSTAS, a frequência com que você age ou se sente tal como descrito no item. Se uma dessas situações nunca lhe ocorreu, responda como se tivesse ocorrido, considerando o seu possível comportamento. RESPONDA TODAS AS QUESTÕES.

1. Em um grupo de pessoas desconhecidas, fico à vontade, conversando naturalmente.
2. Quando um de meus familiares (pais, irmãos mais velhos ou cônjuge) insiste em dizer o que eu devo fazer, contrariando o que penso, acabo aceitando para evitar problemas.
3. Ao ser elogiado(a) sinceramente por alguém, respondo-lhe agradecendo
4. Em uma conversação, se uma pessoa me interrompe, solicito que aguarde até eu encerrar o que estava dizendo.
5. Quando um(a) amigo(a) a quem emprestei dinheiro, esquece de me devolver, encontro um jeito de lembrá-lo(a).
6. Quando alguém faz algo que eu acho bom, mesmo que não seja diretamente a mim, faço menção a isso, elogiando-o(a) na primeira oportunidade.
7. Ao sentir desejo de conhecer alguém a quem não fui apresentado(a), eu mesmo(a) me apresento a essa pessoa.
8. Mesmo junto a conhecidos da escola ou trabalho, encontro dificuldade em participar da conversação (“enturmar”).
9. Evito fazer exposições ou palestras a pessoas desconhecidas.
10. Em minha casa expresso sentimentos de carinho através de palavras e gestos a meus familiares.
11. Em uma sala de aula ou reunião, se o professor ou dirigente faz uma afirmação incorreta, eu exponho meu ponto de vista.
12. Se estou interessado(a) em uma pessoa para relacionamento sexual, consigo abordá-la para iniciar conversação.
13. Em meu trabalho ou em minha escola, se alguém me faz um elogio, fico encabulado(a) sem saber o que dizer.
14. Faço exposição (por exemplo palestras) em sala de aula ou no trabalho, quando sou indicado(a).

15. Quando um familiar me critica injustamente, expresso meu aborrecimento diretamente a ele.
16. Em um grupo de pessoas conhecidas, se não concordo com a maioria, expresso verbalmente minha discordância.
17. Em uma conversação com amigos, tenho dificuldade em encerrar a minha participação, preferindo aguardar que outros o façam.
18. Quando um de meus familiares, por algum motivo, me critica, reajo de forma agressiva.
19. Mesmo encontrando-me próximo(a) de uma pessoa importante, a quem gostaria de conhecer, tenho dificuldade em abordá-la para iniciar conversação.
20. Quando estou gostando de alguém com quem venho saindo, tomo a iniciativa de expressar-lhe meus sentimentos.
21. Ao receber uma mercadoria com defeito, dirijo-me até a loja onde a comprei, exigindo a sua substituição.
22. Ao ser solicitado(a) por um(a) colega para colocar seu nome em um trabalho feito sem a sua participação, acabo aceitando mesmo achando que não devia.
23. Evito fazer perguntas a pessoas desconhecidas.
24. Tenho dificuldade em interromper uma conversa ao telefone mesmo com pessoas conhecidas.
25. Ao deixar de gostar de uma pessoa com quem vinha saindo, tenho dificuldade em romper o relacionamento.
26. Em campanhas de solidariedade, evito tarefas que envolvam pedir donativos ou favores a pessoas desconhecidas.
27. Se um(a) amigo(a) abusa de minha boa vontade, expresso-lhe diretamente meu desagrado.
28. Quando um de meus familiares (filhos, pais, irmãos, cônjuge) consegue alguma coisa importante pela qual se empenhou muito, eu o elogio pelo seu sucesso.
29. Na escola ou no trabalho, quando não compreendo uma explicação sobre algo que estou interessado(a), faço as perguntas que julgo necessárias ao meu esclarecimento.
30. Em uma situação de grupo, quando alguém é injustiçado, reajo em sua defesa.
31. Ao entrar em um ambiente onde estão várias pessoas desconhecidas, cumprimento-as.
32. Ao sentir que preciso de ajuda, tenho facilidade em pedi-la a alguém de meu círculo de amizades.
33. Quando meu(minha) parceiro(a) insiste em fazer sexo sem o uso da camisinha, concordo para evitar que ele(a) fique irritado(a) ou magoado(a).

34. No trabalho ou na escola, concordo em fazer as tarefas que me pedem e que não são da minha obrigação, mesmo sentindo um certo abuso nesses pedidos.
35. Se estou sentindo-me bem (feliz), expesso isso para as pessoas de meu círculo de amizades.
36. Quando estou com uma pessoa que acabei de conhecer, sinto dificuldade em manter um papo interessante.
37. Se preciso pedir um favor a um(a) colega, acabo desistindo de fazê-lo.
38. Consigo “levar na esportiva” as gozações de colegas de escola ou de trabalho a meu respeito.
39. Ao receber uma avaliação muito abaixo do que merecia, fico chateado(a) mas evito discuti-la com o professor.
40. Em uma situação de conflito de opiniões, consigo convencer os demais para a minha posição.
41. Em uma fila (banco, cinema, etc), se um estranho passa à minha frente, fico calado(a) sem manifestar meu desagrado.
42. Prefiro ocultar minha opinião a ferir sentimentos alheios, mesmo quando solicitado(a) a dizer o que penso.

FOLHA DE RESPOSTAS

1. PREENCHA INICIALMENTE O CABEÇALHO ABAIXO:

Curso: Idade: Sexo: M () F () Data ____/____/____

Nº de créditos concluídos até hoje: Nº de semestres já cursados

(inclua de outras universidades, caso seja transferido)

Trabalha? Sim () Não ()

Crédito Educativo: Sim () Não ()

Bolsa: Sim () Não ()

Caso seja bolsista, especifique o tipo: () Iniciação Científica () Bolsa Atividade () Bolsa Treinamento () Bolsa Alimentação () Outra

(Especifique) _____

Formação Do Pai: Alfabetizado () 1o. Grau () 2o. Grau () 3o. Grau ()

Formação Da Mãe: Alfabetizada () 1o. Grau () 2o. Grau () 3o. Grau ()

2. RESPONDA AOS ITENS DO INVENTÁRIO NOS QUADROS ABAIXO:

Em cada um dos itens abaixo, faça um X no quadrinho que melhor indica a frequência com que você apresenta a reação sugerida em cada item, considerando um total de 10 vezes em que poderia se encontrar na situação descrita no item. Utilize a seguinte legenda.

A - NUNCA OU RARAMENTE (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma no máximo 2 vezes)

B - COM POUCA FREQUÊNCIA (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 3 a 4 vezes)

C - COM REGULAR FREQUÊNCIA (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 4 a 6 vezes)

D - MUITO FREQUENTEMENTE (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 6 a 8 vezes)

E - SEMPRE OU QUASE SEMPRE (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 8 a 10 vezes)

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

	A	B	C	D	E
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					

ANEXO B

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

IDATE – TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você **geralmente** se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

Muitíssimo: 4	Bastante: 3	Um pouco: 2	Absolutamente não: 1	
1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado	1	2	3	4
7. Sinto-me calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a)	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

IDATE – ESTADO

Abaixo encontram-se afirmações que as pessoas usam para descreverem a si mesmas. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número que melhor indicar como você **tem se sentido hoje**. Não há resposta certa ou errada. Não gaste muito tempo em uma única afirmação e não deixe de preencher nenhuma delas.

Muitíssimo: 4	Bastante: 3	Um pouco: 2	Absolutamente não: 1	
01. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
02. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
03. Estou tenso (a)	1	2	3	4
04. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
05. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
07. Estou preocupado (a) c/ possíveis infortúnios	1	2	3	4
08. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
09. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou relaxado (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me super-excitado e confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO C

Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D)

1	HUMOR DEPRIMIDO 0- ausente 1- sentimentos relatados somente se perguntados 2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro 4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal	ESCORE
2	SENTIMENTOS DE CULPA 0- ausente 1- autorrecriinação, acha que decepcionou outras pessoas 2- ideias de culpa ou rumações de erros ou ações pecaminosas (más) no passado 3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa 4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras	
3	SUICÍDIO 0- ausente 1- acha que não vale a pena viver 2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si 3- ideias ou atitudes suicidas 4- tentativas de suicídio	
4	INSÔNIA INICIAL 0- sem dificuldades para iniciar o sono 1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora 2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites	
5	INSÔNIA INTERMEDIÁRIA 0- sem dificuldade 1- queixa de agitação e perturbação durante a noite 2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)	
6	INSÔNIA TARDIA 0- sem dificuldade 1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir 2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite	
7	TRABALHO E ATIVIDADES 0- sem dificuldades 1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos 2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades) 3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades	

	(trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria. 4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria, ou se não consegue realizá-las sem ajuda.	
8	RETARDO 0- pensamentos e fala normais 1- lentidão discreta à entrevista 2- lentidão óbvia durante a entrevista 3- entrevista difícil 4- estupor completo	
9	AGITAÇÃO 0- nenhuma 1- inquietação 2- mexe as mãos, cabelos ,etc. 3- movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista 4- retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios	
10	ANSIEDADE PSÍQUICA 0- sem dificuldade 1- tensão e irritabilidade subjetivas 2- preocupa-se com trivialidades 3- atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala 4- paciente expressa medo sem ser perguntado	
11	ANSIEDADE – SOMÁTICA 0- ausente 1- duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados 2- leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes 3- moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal. 4- grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente	
12	SINTOMAS GASTROINTESTINAIS – SOMÁTICOS 0- nenhum 1- perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência 2- dificuldade para comer se não insistirem	
13	SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS 0- nenhum 1- peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de energia e fadiga 2- qualquer sintoma bem caracterizado e nítido	
14	SINTOMAS GENITAIS 0- ausentes 1- leves ou infrequentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado 2- óbvio e graves: perda completa do interesse sexual	
15	HIPOCONDRIA 0- ausente 1- auto-observação aumentada (com relação ao corpo) 2- preocupação com a saúde 3- queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc. 4- delírios hipocondríacos	
16	PERDA DE PESO	

	0- sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual 1- perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo 2- perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais	
17	CRÍTICA 0- reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento 1- reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso, etc. 2- nega estar doente	

ANEXO D

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si colocando o número apropriado da escala abaixo indicada na linha anterior a cada item:

1	2	3	4	5
Quase nunca	Algumas vezes	Metade das vezes	A maioria das vezes	Quase sempre
(0 – 10%)	(11 – 35%)	(36 – 65%)	(66 – 90%)	(91 – 100%)

		FREQUÊNCIA
1	Para mim, os meus sentimentos são claros	
2	Presto atenção à forma como me sinto	
3	Experiencio minhas emoções como intensas e fora de controle	
4	Não faço ideia de como me sinto.	
5	Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos.	
6	Eu observo cuidadosamente os meus sentimentos.	
7	Sei exatamente como me sinto.	
8	Importo-me com aquilo que sinto	
9	Sinto-me confuso (a) com a forma como me sinto.	
10	Quando estou chateado(a), reconheço minhas emoções.	
11	Quando estou chateado(a), fico zangado(a) comigo mesmo(a) por me sentir assim.	
12	Quando estou chateado(a), fico constrangido(a) por me sentir assim.	
13	Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em completar tarefas.	
14	Quando estou chateado(a), fico descontrolado(a).	
15	Quando estou chateado(a), acredito que vou continuar assim por muito tempo.	

16	Quando estou chateado(a), acredito que vou acabar ficando muito deprimido(a).	
17	Quando estou chateado(a), acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.	
18	Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em focar minha atenção em outras coisas.	
19	Quando estou chateado(a), sinto-me descontrolado(a).	
20	Quando estou chateado(a), sou capaz de continuar a fazer o que tenho que fazer.	
21	Quando estou chateado(a), sinto-me envergonhado(a) por me sentir assim.	
22	Quando estou chateado(a), eu sei que vou acabar descobrindo uma maneira de me sentir melhor.	
23	Quando estou chateado(a), sinto-me como se eu fosse fraco(a).	
24	Quando estou chateado(a), sinto que consigo continuar controlando os meus comportamentos	
25	Quando estou chateado(a), sinto-me culpado(a) por me sentir assim.	
26	Quando estou chateado(a), tenho dificuldades de concentração.	
27	Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.	
28	Quando estou chateado(a), acredito que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	
29	Quando estou chateado(a), fico irritado(a) comigo mesmo(a) por me sentir assim.	
30	Quando estou chateado(a), começo a sentir-me mal comigo mesmo(a).	
31	Quando estou chateado(a), acredito que me afundar nesse estado é a única coisa que posso fazer.	
32	Quando estou chateado(a), perco o controle sobre os meus comportamentos.	
33	Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em pensar em qualquer outra coisa.	
34	Quando estou chateado(a), reservo um tempo para perceber o que realmente estou sentindo.	
35	Quando estou chateado(a), passa muito tempo até que eu me sinta melhor	
36	Quando estou chateado(a), as minhas emoções são muito intensas.	

ANEXO E

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – PARTE C – Risco de Suicídio

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10
Ao longo de sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4

ANEXO F

Borderline Symptom List (BSL-23)

Instruções: Responda assinalando a intensidade com que viveu cada situação na semana anterior. Se não sentir nada em particular neste momento, responda de acordo como pensa ter-se sentido. Todas as questões referem-se à semana anterior. No caso de ter tido sentimentos diferentes durante a semana, faça uma estimativa de como se sentiu na maioria das situações.

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo

Durante a semana anterior...	
1	Era difícil me concentrar
2	Me senti indefeso
3	Eu estive ausente e incapaz de me lembrar o que eu estava fazendo naquele momento
4	Senti nojo
5	Pensei em me machucar
6	Não confiei nas outras pessoas
7	Não acreditei que tinha o direito de viver
8	Me senti só
9	Senti uma tensão interna estressante
10	Senti muito medo de imagens que me vieram a cabeça
11	Odiei a mim mesmo
12	Quis me castigar
13	Sofri de vergonha
14	Meu humor oscilava rapidamente entre ansiedade, raiva e depressão
15	Ouvi vozes e barulhos que vieram de dentro ou de fora da minha cabeça
16	Críticas tiveram um efeito devastador sobre mim

17	Me senti vulnerável	
18	A ideia de morrer me causou uma certa fascinação	
19	Nada pareceu ter sentido para mim	
20	Tive medo de perder o controle	
21	Senti nojo de mim mesmo	
22	Tive a sensação de sair de mim mesmo	
23	Senti que não valia nada	

ANEXO G

BSL-Suplemento: Avaliação de comportamento

Em seguida, gostaríamos que reflectisse sobre a forma como se sentiu, em geral, na semana anterior: 0% significa completamente em baixo e 100% significa excelente. Indique a percentagem que se encontra mais próxima da sua experiência na semana anterior:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Muito mal Excelente

Durante a semana anterior...	Nunca	1 vez	2 – 3 vezes	4 – 6 vezes	Diariamente ou mais
1. Magoei-me a mim próprio(a): cortando-me, queimando-me, batendo com a cabeça, etc.	1	2	3	4	5
2. Disse a outras pessoas que me ia matar	1	2	3	4	5
3. Tentei suicidar-me	1	2	3	4	5
4. Comi compulsivamente	1	2	3	4	5
5. Provoquei deliberadamente o vômito	1	2	3	4	5
6. Tive comportamentos de risco, como conduzir a alta velocidade, estar à beira de um precipício...	1	2	3	4	5
7. Embriaguei-me	1	2	3	4	5
8. Consumi drogas	1	2	3	4	5
9. Tomei medicação que não me foi receitada, ou se receitada, tomei em doses superiores à recomendada	1	2	3	4	5
10. Tive acessos de raiva incontrolável ou agredi fisicamente outras pessoas	1	2	3	4	5
11. Tive relações sexuais que não consegui controlar e face às quais me senti envergonhado(a) ou zangado(a) comigo próprio(a)	1	2	3	4	5